Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
zu Erlangen — Direktor: Professor Dr. L. Hauck.

Versuche mit einer neuen Paste MOLLOSITIN bei der Ekzembehandlung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

vorgelegt von
Kurt Scheuermann
aus Fürth i. B.

Mündliche Prüfung: März 1940.

1940
Buchdruckerei Gebrüder Küsters, Hamburg 39, Forsmannstraße 22-24

1940 №83

Referent: Univ.-Prof. Dr. L. Hauck

Dekan: Univ.-Prof. Dr. R. Greving

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533919_0105

Versuche mit einer neuen Paste MOLLOSITIN bei der Ekzembehandlung.

Unter den Dermatitiden ist das Ekzem oder besser die Ekzemkrankheit neben der Psoriasis vulgaris für den praktischen Arzt bei weitem die wichtigste Erkrankung der Haut. Einmal ist das Ekzem an und für sich entschieden die absolut häufigste Hautkrankheit, andererseits gibt es eine ganze Reihe anderer Hauterkrankungen, welche sich außerordentlich häufig mit Ekzem komplizieren.

Die Bilder, unter denen das Ekzem auftritt, sind voneinander so wesentlich verschieden, daß dieselben früher als verschiedene Krankheiten angesprochen und voneinander getrennt wurden. Erst H e b r a hat das Gemeinsame dieser verschiedenen Krankheitsbilder zusammenzufassen gewußt und hat so den Krankheitsbegriff Ekzem eigentlich erst geschaffen. Die wichtigste Erkenntnis in dieser Beziehung war, daß das Ekzem verschiedene Entwicklungsstadien zeigt und daß diese Stadien gesondert oder sich in verschiedener Reihenfolge anschließend auftreten können. Aus dieser Eigentümlichkeit des Verlaufes erklärt sich ohne weiteres die große Mannigfaltigkeit der daraus resultierenden Krankheitsbilder.

Der praktische Arzt stößt bei der Ekzembehandlung auf manche Schwierigkeiten. Diese Tatsache findet eine Erklärung durch das eigenartige Wesen des Ekzems. Es stellt eine Entzündung der Epidermis und der oberen Schichten des Papillarkörpers dar, die durch keine einheitliche Ursache bedingt ist. Zur Entstehung eines Ekzems sind zwei Dinge notwendig:

a) Die angeborene oder erworbene Ueberempfindlichkeit der Haut bestimmten Stoffen gegenüber (Disposition) und
b) Der entzündungsauslösende Faktor.

Bei jeder Ekzembehandlung ist es demnach die erste und wichtigste Aufgabe des Arztes nach dem entzündungsauslösenden Faktor zu fahnden. Dies ist aber in vielen Fällen oft sehr schwierig, da es kaum ein Mittel gibt, das nicht bei dem einen oder anderen zu Ekzem neigenden Patienten einmal Ekzem hervorrufen kann.

Zunächst sind es in weitaus der größten Zahl äußere Einflüsse, und hier wieder vor allem chemische Stoffe, die in den meisten Fällen zu den sogenannten Berufs- oder Gewerbeekzemen führen. Weiterhin sind noch physikalische, toxische und mechanische Reize zu nennen. Bei diesen Ekzemfällen ist der auslösende Faktor verhältnismäßig leicht festzustellen. Weitaus schwieriger gestaltet sich diese Feststellung bei jenen Ekzemfällen, wo es sich um endogene Ursachen handelt. Das Ekzem solcher Kranker, welche man als Allergiker bezeichnet, kann durch Einwirkung von Staub, Daunen, Gewürzen, Haaren, Fischen usw. ausgelöst werden.

Aus diesen Darlegungen ist zu entnehmen, daß eine Dauerheilung solcher Ekzemfälle nur möglich ist, wenn man die eigentliche Ursache erforscht und ausgeschaltet hat. Daß dies sehr oft mit großen Schwierigkeiten verbunden ist und daß hierzu eine genaueste Anamnese nötig ist, hat Professor H a u c k in einer diesbezüglichen Arbeit beschrieben.

Hat man nun die Frage nach dem ekzemauslösenden Faktor beantwortet, so stellt sich dem behandelnden Arzt eine weitere Schwierigkeit entgegen, welche überwunden werden muß, denn es gilt eine möglichst reizlose und gut verträgliche lokale Behandlung ausfindig zu machen. Die Schwierigkeiten, die sich bezüglich der durch die mannigfaltigen Formen des klinischen Bildes des Ekzems Verträglichkeit eines Heilmittels ergeben, sind in der Hauptsache bedingt. Es gibt Fälle, bei denen derselbe Kranke ein Präparat an der einen Körperstelle gut verträgt, während es an einer anderen Körperstelle bei gleichem Krankheitszustand zu einer Hautreizung führt. Daraus ist zu ersehen, daß es für das Ekzem ein spezifisch wirkendes Heilmittel, wie es z. B. das Salvarsan für die Lues dar-

stellt, nicht gibt und auch niemals geben wird. Es wird also das Bestreben jedes Arztes sein müssen im entsprechenden Ekzemstadium auch immer das am besten verträgliche und auch wirksame Heilmittel zu finden und dann in einer sinnvollen Behandlung zur Anwendung zu bringen. In erster Linie muß dieses Mittel völlig reizlos sein. Da die an Ekzem erkrankte Haut eine erhöhte Reaktionsfähigkeit besitzt, würde ein unverträgliches Salbengemisch nur eine neue Reizung und damit auch eine Reizung des Ekzems hervorrufen. Bei der Behandlung eines Ekzems ist es stets von ausschlaggebender Bedeutung, was man als erstes Mittel anwendet. Für den Nichtfachmann, den vielbeschäftigten praktischen Arzt, ist dies in den meisten Fällen sehr schwierig. Als Grundregel hierfür gilt folgender Satz: Je akuter der Entzündungsprozeß der Haut ist, um so milder muß das Heilmittel gewählt werden.

Von der chemischen Industrie wurden bisher unzählige Präparate hergestellt, welche zur Ekzembehandlung verwendet werden. Die Aufgabe des Arztes besteht nun darin, aus dieser Vielzahl von Heilmitteln die geeignetsten und best-verträglichsten herauszufinden. Bei diesem Suchen ist man in der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Erlangen auf ein neues Präparat: Mollositin aufmerksam geworden.

Mollositin wird von dem Desitin-Werk Carl Klinke in Hamburg hergestellt und wurde erstmals von Klövekorn als sehr brauchbare Paste empfohlen. Seine Zusammensetzung ist etwa folgende: Zinc. oxyd., Talc. venet., Terra silic., Ol. jecoris aselli mit Faktor F angereichert, Ol. arachid., Aqua dest. Glycerin und Ester höherer Alkohole. Mollositin stellt eine Paste von sahnigem Aussehen dar, welche in Tuben in den Handel kommt. Dadurch wird seine Anwendung wesentlich erleichtert und ist sauberer als die Verordnung in Salbentöpfen. Das im Zinköl verwendete Olivenöl ist im Mollositin durch Lebertran ersetzt. Lebertran besitzt neben völliger Reizlosigkeit auch noch großen Heilwert. Dieser ist besonders durch die ungesättigten Fettsäuren des Trans bedingt. Den

beiden Vitaminen A und D kommt zumindest dabei eine zusätzliche synergistische Wirkung zu. Das vollkommen Neue und Vorteilhafte an dieser neuen Paste ist aber die Anreicherung mit dem Faktor F. Worum handelt es sich nun hierbei? Dieser Faktor F ist mit dem heute als Hautvitamin F bezeichneten Vitamin identisch. Das Vitamin F, ein Abkömmling der Linolsäure, einer ungesättigten Leinölfettsäure, das nach Hinsberg in allen natürlichen Fetten und im Weizenkeimöl vorkommt, ist öllöslich und wird insbesondere in Amerika sowohl in der Kosmetik als auch in der Dermatologie als Zusatz zu Salben empfohlen. Im Gegensatz zu diesem amerikanischen Vitamin F wird zur Herstellung von Mollositin ein sogenanntes „aktives Vitamin F" verwendet, das von einer deutschen Herstellerfirma geliefert wird. Die stark ungesättigten Fettsäuren haben sich in der Wundheilung sowohl isoliert, insbesondere aber im Zusammenwirken mit den Vitaminen A und D des Lebertrans außerordentlich bewährt. Man nimmt an, daß diese günstige Heilwirkung auf dem Synergismus zwischen Vitamin F und den beiden Vitaminen A und D beruht. Trotz der Verwendung von Lebertran ist in der Mollositintube ein Geruch nach Lebertran kaum wahrzunehmen. Die Konsistenz dieser neuen Paste ist fester als die des üblichen Zinköls. Dies wurde durch die kolloidale Verreibung der einzelnen Bestandteile und insbesondere durch Verwendung von Fetten erreicht, deren Schmelzpunkt ungefähr bei Körpertemperatur liegt. Dies hat zur Folge, daß Mollositin beim Auftragen auf die Haut sofort weich und leicht verteilbar wird. Um einen guten Kühleffekt zu erzielen, wurde Wasser in einer Menge von 25% zugesetzt.

Häufig stellt bei der Ekzemtherapie der Uebergang von feuchten Kompressen zu Salben eine gewisse Schwierigkeit dar, wobei das Ekzem, wahrscheinlich durch Wärmestauung und dadurch bedingte Kapillarerweiterung, unter der luftabschließenden Salbe wieder aufflackern kann. Auch der Sekretabfluß wird beim nässenden Ekzem durch Salben behindert. Die Bestrebungen, den Ueber-

gang von feuchten Verbänden zu Salben zu erleichtern oder zu überbrücken, sind wohl in der offizinellen Glyzerinsalbe zu suchen. Doch ist die osmotische Wirkung dieser Salbe, welche 75% Glyzerin enthält, oft zu stark, d. h. die Entquellung der Haut geht zu schnell vor sich. Häufig werden auch nach feuchten Borkompressen stärkere Reizungen beobachtet. Dies ist, wie Hermann und Schmidt-Labaume durch Versuche zeigten, durch Zellmembransprengung infolge zu schneller Entquellung zu erklären. In solchen Fällen würden die zehnfachen Verdünnungen der angeführten Lösungen angezeigt sein. Für den Uebergang von feuchten Kompressen zur Salbenbehandlung haben sich bisher die Zinkpasten am besten bewährt. Wie hat man sich nun die Wirkung einer solchen Zinkpaste zu erklären?

Czetsch v. Lindenwald und Schmidt-Labaume haben durch zahlreiche Modellversuche festgestellt, daß die bisher bestehende Ansicht, Zinkpasten würden ihre austrocknende Wirkung ihrer Porosität verdanken, nicht mehr richtig sei. Sie haben es als recht unwahrscheinlich erachtet, daß die vom Fett oder Oel geradezu durchdrungenen festen Substanzen noch imstande sein sollen, Wasser kapillar anzuziehen und es dann durch Verdunstung wieder abzugeben. Beide Autoren sind auf Grund der oben erwähnten Modellversuche zur folgenden Erklärung über die Wirkung einer Zinkpaste gekommen:

a) Physikalische Wirkung: Die Paste bildet auf der kranken Haut zunächst eine Schicht, die infolge der Zusätze von festen Bestandteilen lockerer ist und den Sekreten nicht den Widerstand entgegensetzen kann wie eine zähere Salbe. Die Sekrete dringen, da sie unter einem minimalen Druck stehen, durch die Paste, die ihnen nur einen geringen mechanischen Widerstand entgegensetzt, hindurch und können dann außen an der Oberfläche eintrocknen. Diese Schicht stellt also ein Klappenventil dar, das nach außen keinen, nach innen einen nicht überwindbaren Widerstand entgegensetzt.

b) Chemische Wirkung: Da die Fettkomponente dieser Pasten in der Hauptsache aus Oel und Fetten, die bei Körpertemperatur flüssig werden, besteht, so wird ein Teil abgeschmolzen und durch Emulgierung entfernt. Der oberflächlich zurückbleibende Pastenkörper enthält nicht mehr 20 oder 30, sondern vielleicht 70% fester Bestandteile, er nähert sich einer festen Paste, einem Puder. Spuren von Zinkoxyd kommen nun mit dem kranken Gewebe in Berührung und jetzt setzt die eigentliche chemische Wirkung ein. Das Oxyd verbindet sich, soweit es mit den Hautsekreten in Berührung kommt, zu Zinkaten und diese üben dann eine gerbende, entquellende Wirkung aus.

Dies sind in kurzen Zügen die neuesten Forschungsergebnisse über die Wirkung von Zinkpasten. Da nun das neue Präparat Mollositin in seiner Zusammensetzung weitgehendst einer Zinkpaste mit potenzierter Heilwirkung entspricht, so kommen für seine Wirkungsweise dieselben Erklärungen in Betracht wie sie oben für Zinkpasten im allgemeinen angeführt wurden.

Aus diesen Darlegungen ist zu entnehmen, daß sich als Anwendungsbereich für Mollositin in erster Linie akute Ekzeme einschließlich jener Ekzemfälle, die mit geringem Nässen einhergehen, ergeben. Wegen seiner milden Wirkung hat es sich ferner bei empfindlicher Haut sowie in der Säuglings- und Kleinkinderpflege gut bewährt. Allerdings ist bei der Anwendung von Mollositin der jeweilige Hauttyp des Kranken zu berücksichtigen. Da das neue Präparat eine verhältnismäßig fettarme Paste darstellt, kann man sie bei Ekzemkranken, die schon normal eine trockene und fettarme Haut besitzen, nicht anwenden. Auch für chronische Ekzeme ist es wegen seiner geringen Tiefenwirkung nicht geeignet.

Im Folgenden seien nun Auszüge aus Krankengeschichten angeführt, welche die mit Mollositin gemachten Erfahrungen beleuchten sollen:

Fall 1: P. Christine, 37 Jahre alt, Hausfrau, bemerkte vor fünf Tagen eine starke Rötung der gesamten Gesichtshaut sowie ein

unangenehmes Spannungsgefühl. Auf Salbenbehandlung des Hausarztes hin verschlimmerte sich der Zustand. Innerhalb kurzer Zeit hatte sich die Rötung auf Nacken und Vorderhals ausgebreitet. Auch die Haut der Brust, des Rückens und der seitlichen Rumpfpartien, sowie der Streckseiten beider Oberschenkel war leicht gerötet und mit zahlreichen kleinen, roten Knötchen besetzt.

Diagnose: Akutes, papulöses Ekzem.

Behandlung: Die Patientin erhält im Gesicht und an beiden Oberschenkeln zunächst Borkompressen. Anschließend versucht man im Gesicht und an sämtlichen anderen ekzematösen Stellen Mollositin. Dieses wird sehr gut vertragen. Schon nach 5 Tagen sind die Knötchen zurückgegangen und die intensive Rötung, besonders im Gesicht abgeblaßt. Nach weiterer Behandlung mit Tumenolpaste konnte die Kranke nach 10 Tagen geheilt entlassen werden.

Fall 2: S. Georg, 57 Jahre alt, Altsitzer, klagt seit 3 Wochen über starken Juckreiz im Gesicht, sowie in der Inguinal- und Schamgegend. Die gesamte Gesichtshaut ist stark gerötet und mit Bläschen übersät. Auch die Haut der Inguinal- und Schamgegend weist intensive Rötung, multiple kleine Bläschen und geringe Schuppung auf.

Diagnose: Subakutes, vesiculöses Ekzem.

Behandlung: Der Kranke bekam im Gesicht und in den Leistenbeugen Mollositin. Unter dieser Behandlung ging die Rötung zurück, die Bläschen trockneten ein und die Schuppen lösten sich leicht ab. Am Genitale wurden zunächst Borkompressen und dann Zinköl verordnet. Auch hier gehen die ekzematösen Erscheinungen rasch zurück. Nach 10tägiger Behandlung vollkommene Heilung.

Fall 3: M. Kunigunde, 58 Jahre alt, Witwe, bekam nach Behandlung eines Insektenstiches im Gesicht mit Unguentum herbare Obermeyer eine starke dermatitische Reizung. Die Kranke kommt mit angeschwollenem und gerötetem Gesicht in die Klinik.

Außerdem sieht man noch zahlreiche kleine Knötchen und Bläschen; auch besteht geringes Nässen.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses Ekzem.

Behandlung: Unter sofortiger Mollositinbehandlung gingen schon nach 5 Tagen die heftigen Entzündungserscheinungen zurück. Das Nässen hörte auf, Rötung, Knötchen und Bläschen bildeten sich zurück. Die Kranke gibt an, daß das anfangs bestehende Spannungsgefühl jetzt vollkommen verschwunden sei. Unter Beibehaltung dieser Behandlung wurde in 14 Tagen vollständige Heilung erzielt.

Fall 4: U. Josefine, 21 Jahre alt, Packerin. Die Kopfhaut zeigt weißliche Schuppung mit teilweise sehr erheblicher Krustenbildung. Die Haut des Gesichtes und beider Ohren ist stark gerötet und näßt in geringem Maße. An der Innenseite beider Oberschenkel und an der Genitalgegend befindet sich je ein handflächengroßer Bezirk, in welchem rote Knötchen, sowie stellenweise Nässen und Krustenbildung zu sehen sind. Die Herde sind bogenförmig begrenzt und zeigen teilweise Lichenifikation.

Diagnose: Subakutes, nässendes Ekzem.

Behandlung: Die Ohren wurden mit 1%igen Borkompressen, Gesicht und Genitalgegend mit Zinköl und die Kopfhaut mit Tumenolzinköl behandelt. Während der Menses blaßte das Genitalekzem ab und näßte nicht mehr. Es war nur noch eine geringe Rötung und Schuppung zu sehen. Nachdem die entzündlichen Erscheinungen im Gesicht und an den Ohren etwas abgeklungen waren, wurde an den Ohren ein Versuch mit 2%iger Teerpaste gemacht. Darauf trat eine starke Reizung ein, so daß die Teerpaste abgesetzt werden mußte. Nun wird im Gesicht und an beiden Ohren Mollositin verwendet. Dies wird ausgezeichnet vertragen. Nach 7tägiger Mollositinbehandlung sind die Hauterscheinungen im Gesicht und an beiden Ohren fast abgeheilt.

Fall 5: H. Eva, 38 Jahre alt, Diakonisse.

Seit 10 Tagen ist die linke Hand der Kranken im Ganzen stark ödematös geschwollen. Die Haut ist stark gerötet und besonders an der Handinnenfläche mit Knötchen und linsengroßen Blasen übersät. Die Finger dieser Hand sind ebenso befallen, besonders die Fingerbeeren sind stark geschwollen und sehr druckempfindlich. Die ekzematösen Veränderungen gehen am Handgelenk allmählich in die normale Haut über. An der rechten Hand sind ebenfalls Erscheinungen ekzematöser Art vorhanden, jedoch geringeren Grades. Außerdem besteht starker Juckreiz.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses Ekzem.

Behandlung: An der linken Hand werden zunächst 1%ige Borkompressen verordnet. Der Juckreiz läßt schon am nächsten Tag deutlich nach. Zugleich wird salzarme Kost gereicht. An der rechten Hand wird Mollositin versucht. Da dieses hier sehr gut vertragen wird, entschließt man sich jetzt auch zu einem Versuch an der linken Hand. Nach 5 Tagen ist bereits die starke Schwellung verschwunden, wodurch eine bessere Beweglichkeit der Finger erzielt wird. Die starke Rötung ist abgeblaßt. Ebenso sind die Knötchen und Bläschen verschwunden. Die Haut der rechten Hand ist unter Mollositin vollständig abgeheilt; sie ist jetzt weich und glatt.

Während des weiteren Aufenthaltes in der Klinik ist bei der Kranken eine starke Rötung der Haut auf der linken Stirnseite und an beiden Mundwinkeln aufgetreten. Es besteht heftiger Juckreiz. Behandlung mit Esiderm bringt keine wesentliche Besserung, während Mollositin die entzündlichen Erscheinungen schon nach 3 Tagen vollständig zum Verschwinden brachte.

Fall 6: M. Elise, 32 Jahre alt, Arbeiterin.

Seit 12 Tagen ist die rechte Hand der Kranken im ganzen stark angeschwollen. Auf der Streckseite des Daumens findet man viele kleine intraepidermale Bläschen. Auf den Beugeseiten der übrigen Finger und an der Handinnenfläche sieht man ebenfalls vereinzelte Bläschen. Der Handrücken ist stark gerötet und die Haut löst sich

in Fetzen ab. An einzelnen Stellen sind auch Krustenbeläge zu sehen. Am ganzen Unter- und Oberarm stehen vereinzelt Knötchen und Bläschen. Im Bereich der ekzematösen Veränderungen besteht starkes Nässen. An der linken Hand ist der Prozeß weniger ausgeprägt. Die gesamte Gesichtshaut ist leicht gerötet und ödematös geschwollen.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: Das profuse Nässen an beiden Händen wird mit 1%igen Borkompressen überwunden. Die Arme werden mit Zinkschüttelpuder bepinselt. Die Veränderungen im Gesicht sind unter Mollositinbehandlung schon nach 4 Tagen abgeklungen. Nachdem an beiden Handrücken nur noch ganz geringes Nässen festzustellen ist, wird auch hier jetzt Mollositin versucht. Dieses wird sehr gut vertragen. Die Rötung blaßte ab, neue Knötchen und Bläschen sind nicht mehr aufgetreten; ebenso hörte das Nässen vollständig auf. Nach einigen Tagen jedoch kam es unter Mollositin wieder zu erneuten Reizerscheinungen an beiden Händen, die sich auch nach Verordnung von 1%igen Borkompressen nicht besserten. Unter Tanninkompressen klingen die akuten Reizerscheinungen wieder ab und nun wird nochmals Mollositin versucht. Dieses wird jetzt wieder gut vertragen, jedoch kann darunter ein weiteres Fortschreiten des Heilungsvorganges nicht beobachtet werden. Infolgedessen Röntgenbestrahlung (⅓ HED) beider Handrücken. Daraufhin allmähliche wesentliche Besserung und unter Anwendung von Tumenolpaste dann Heilung.

Fall 7: Th. Fritz, 36 Jahre alt, Hilfsmonteur, klagt seit einigen Tagen über starkes Brennen an beiden Handrücken. Man sieht stellenweise auf gerötetem Grund eine diffuse Aussaat von kleinen roten Knötchen; an einigen Stellen geringe Schuppenbildung.

Diagnose: Akutes, papulöses Ekzem.

Behandlung: Zuerst wird Pittagonsalbe verordnet. Diese führte aber zu einer starken Reizung. Es sind neue Knötchen und auch

zahlreiche neue Bläschen entstanden. Daraufhin Versuch mit Mollositin, das gut vertragen wird und zur Rückbildung der akuten Entzündungserscheinungen führte. Eine vollständige Heilung war allerdings mit Mollositin nicht zu erreichen. Eine solche konnte erst mit Tumenolpaste und 2%iger Steinkohlenteerpaste innerhalb von 10 Tagen erreicht werden.

Fall 8: M. Georg, 42 Jahre alt, Ladeschaffner, kommt in die Poliklinik und klagt über starkes Jucken und Brennen an beiden Oberschenkelinnenseiten, sowie an der rechten Bauchseite. Objektiv ist eine intensive Rötung der Haut mit vielen roten Knötchen wahrzunehmen.

Diagnose: Akute Dermatitis.

Behandlung: Auf die intensiv geröteten Herde an der rechten Bauchseite und an beiden Oberschenkeln wurde messerrückendick Mollositin aufgetragen. Als der Kranke nach 2 Tagen wieder in die Sprechstunde kam, war der Herd an der rechten Bauchseite bereits vollständig abgeblaßt, die Knötchen bis auf eine geringe Schuppung verschwunden. Nach weiteren 4 Tagen Mollositinbehandlung waren auch die stark entzündeten Stellen an beiden Oberschenkeln abgeheilt. Besonders angenehm wurde von dem Kranken die Kühlwirkung durch Mollositin empfunden.

Fall 9: H. Sofie, 58 Jahre alt, Rentnerin.

Seit 4 Monaten besteht unterhalb des rechten Rippenbogens beginnend eine Entzündung der Haut, die nach oben scharf begrenzt ist. Nach unten erstreckt sich die Entzündung bis zur freibleibenden Inguinalgegend und greift dann auf beide Oberschenkel über. Dieses gesamte Hautgebiet ist diffus gerötet und mit dichtstehenden Knötchen und Bläschen besetzt, die meist aufgekratzt sind und krustöse Auflagerungen zeigen.

Diagnose: Subakutes, papulo-vesiculöses Ekzem.

Behandlung: Auf die ekzematösen Herde am Stamm wird Mollositin, an beiden Oberschenkeln Tumenolschüttelpuder gegeben.

Beide Präparate wurden gut vertragen. Gegen den starken Juckreiz werden 10 ccm Calcibronat intravenös eingespritzt. Mit dieser Behandlung konnte keine wesentliche Besserung erreicht werden. Deshalb wurde weiterhin teils Tumenolpaste teils 2%ige Steinkohlenteerpaste versucht. Unter beiden Pasten kam es aber zu einer ganz akuten Verschlechterung des gesamten Ekzems. Daraufhin Verordnung von 1%igen Borkompressen, unter deren Einwirkung die akuten Entzündungserscheinungen sich zurückbildeten. Schließlich wurde nochmals Mollositin und zwar auf Wunsch der Kranken angewandt, die angab Mollositin von allen bisher angewandten Mitteln am besten vertragen zu haben. Unter dieser Behandlung kamen die ekzematösen Herde nach 10 Tagen zu fast völliger Heilung.

Fall 10: S. Auguste, 67 Jahre alt, Hausfrau, klagt seit 4 Wochen über heftiges Jucken an beiden Armen und Beinen. Durch Kratzen entstand daraufhin an beiden Armen und Beinen sowie am Hals ein Ausschlag. Befund: Am Hals, an den Beugeseiten beider Oberarme, in den Leistenbeugen und an den Oberschenkelinnenseiten finden sich große konfluierende, stark gerötete und profus nässende Herde, die größtenteils mit Schuppen und Krusten bedeckt sind, zwischen denen seröses Sekret hervorquillt. Die Herde verlieren sich allmählich mit einzelnen Knötchen in der übrigen normalen Haut.

Diagnose: Subakutes, papulöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: Das Nässen wird mit Borkompressen überwunden. Anschließend wurde auf sämtliche ekzematösen Stellen Mollositin gegeben. Schon nach 2 Tagen trat eine wesentliche Besserung der entzündlichen Erscheinungen ein. Das noch an einzelnen Stellen bestehende geringe Nässen ist weiterhin unter Mollositinbehandlung restlos verschwunden. Die roten Knötchen haben sich zurückgebildet, die Schuppen und Krusten sind abgelöst und die intensive Rötung ist abgeklungen. Der noch bestehende leichte Juckreiz verschwindet

unter Behandlung mit Tumenolschüttelpuder mit Calmitolzusatz gänzlich.

Zehn Tage nach der Entlassung der Kranken aus der Klinik traten wieder ekzematöse Erscheinungen, ausgelöst durch intensive Sonnenbestrahlung, auf. Auch dieses Mal konnten wir mit 2%igen Borkompressen und anschließender Mollositinbehandlung das Ekzem in kürzester Zeit zur Abheilung bringen.

Fall 11: F. Babette, 41 Jahre alt, Nähhilfe.

Seit einigen Tagen klagt die Kranke über heftige, brennende Schmerzen zwischen den Fingern der rechten Hand. Die Interdigitalräume der rechten Hand zeigen intensive Rötung der Haut, zahlreiche rote Knötchen und Bläschen, die mit wasserklarem Inhalt gefüllt sind. Weiterhin besteht im Bereich der ekzematösen Herde starkes Nässen.

Diagnose: Akutes, intertriginöses Ekzem.

Behandlung: Da starkes Nässen besteht, werden zunächst 2%ige Borkompressen verordnet. Darunter hat das Nässen schon nach 2 Tagen fast aufgehört. Die Epidermis löst sich jetzt lamellenförmig ab; darunter besteht starke Rötung. Nun wird Mollositin versucht, welches sehr gut vertragen wird. Das noch an einzelnen Stellen vorhandene Nässen hat vollends aufgehört, die Rötung der Haut ist abgeblaßt, neue Knötchen und Bläschen haben sich nicht mehr gebildet. Mit 12tägiger Mollositinbehandlung konnte eine vollständige Heilung erzielt werden. Besonders angenehm wurde von der Kranken die Kühlwirkung von Mollositin empfunden.

Fall 12: U. Heinz, 19 Jahre alt, Landwirtschaftsgehilfe.

Vor 2 Monaten bemerkte der Kranke im Gesicht eine Rötung der Haut, die mit Brennen und Jucken einherging. Sein Zustand verschlechterte sich seitdem immer mehr und zeigt jetzt folgenden Befund: In der Gegend der Barthaare finden sich breite Krustenauflagerungen, die gegen den Rand zu allmählich in Schuppung und Rötung übergehen. Die Ohren und zwei weitere Stellen am Hals

sind noch mit feineren Krusten belegt, während Stirne, Nase und Oberlippengegend nur feinere weißliche Schuppung aufweisen.

Diagnose: Subakutes Gesichtsekzem.

Behandlung: Unter Resorcinkompressen haben sich schon in der ersten Nacht die Krusten abgelöst. Das anfangs starke Nässen ließ aber unter dieser Behandlung bald nach und es blieben nur noch einzelne gering nässende Stellen neben geringer Schuppung bestehen. Unter Tumenolpaste, die zunächst ganz gut vertragen wurde, kam es aber nach einigen Tagen zu einer starken Reizung der Haut in Form von intensiver Rötung und zahlreichen roten Knötchen an beiden Wangen. Nach Absetzen der Tumenolpaste wurde Mollositin aufgetragen. Der Erfolg war erstaunlich. Schon nach 2 Tagen war der Heilungsprozeß so weit fortgeschritten, daß der Kranke zur Entlassung vorgemerkt werden konnte. Die gesamte Gesichtshaut ist jetzt weich geworden und zeigte nur noch eine geringe Rötung, die unter weiterer Mollositinbehandlung in wenigen Tagen vollständig verschwand.

Fall 13: Sch. Emma, 31 Jahre alt, ohne Beruf, gibt an, daß seit 3 Wochen ihr ganzes Gesicht gerötet und seit einigen Tagen stark angeschwollen sei. Die Rötung im Gesicht ist nicht scharf begrenzt, sondern geht allmählich über Knötchen in die normale Haut über. Das erkrankte Gebiet ist von vielen weißlichen Schuppen bedeckt. An beiden Wangen und am Hals ist eine starke Sekretion zu beobachten.

Diagnose: Akutes, papulöses Ekzem.

Behandlung: Im Gesicht und am Hals wurden zunächst 2%ige Borkompressen verordnet. Diese mußte man aber schon am nächsten Tag wieder absetzen, da hierauf heftige Zahnschmerzen auftraten. Es wird nun Mollositin versucht, das gut vertragen wird. Die starke Schwellung und Rötung des Gesichts geht zurück; neue Knötchen sind nicht mehr aufgetreten, das geringe Nässen ist verschwunden. Zu einer vollständigen Abheilung der ekzematösen

Veränderungen kommt es jedoch unter Mollositin nicht. Diese konnte erst durch Tumenoltrockenpinselung erreicht werden.

Fall 14: U. Johann, 72 Jahre alt, Landwirt.

Am rechten Unterschenkel befindet sich ein etwa markstückgroßes, flaches Geschwür. Die Umgebung ist mäßig geschwollen und infiltriert. Die übrige Haut des rechten Unterschenkels ist bis unterhalb der Kniescheibe stark gerötet und mit vielen roten Knötchen und hirsekorngroßen Bläschen bedeckt; ferner besteht starkes Nässen.

Diagnose: Subakutes, papulo-vesiculöses, nässendes Ekzem mit Ulcus cruris.

Behandlung: Das starke Nässen verschwindet bis auf einige Stellen unter 2%igen Borkompressen. Auf die akuten ekzematösen Herde am rechten Unterschenkel wurde dann Mollositin aufgetragen. Dieses wird sehr gut vertragen und das stellenweise noch bestehende geringe Nässen verschwindet unter Mollositin gänzlich. Ebenso bildeten sich die zahlreichen roten Knötchen und Bläschen zurück und die starke Rötung blaßte ab. Unter weiterer Behandlung mit Tumenolpaste heilte das Ekzem innerhalb von 14 Tagen ab.

Fall 15: H. Max, 10 Jahre alt, Schüler, bemerkte vor 3 Tagen im Nacken eine intensive Rötung, die mit starkem Brennen einherging. Nach einigen Tagen sind im Bereich dieser Entzündung massenhaft rote Knötchen und Bläschen, die mit wässerigem Inhalt gefüllt sind, aufgetreten.

Diagnose: Akute Dermatitis.

Behandlung: Unter Mollositinbehandlung kam es zu starkem Nässen und zu weiterer Ausbreitung der Entzündungserscheinungen, weshalb Mollositin abgesetzt wurde. Auch die jetzt verordneten 1%igen Borkompressen werden nicht vertragen. Im ganzen Entzündungsbereich kam es zu eitrig-seröser Sekretion. Außerdem besteht noch eine starke Rötung der Haut. Jetzt wird Rivanolzinköl verordnet. Darunter läßt die eitrige Sekretion nach. Die weitere

Behandlung wird mit Rivanolzinkpaste durchgeführt, die ausgezeichnet vertragen wurde und unter welcher die Dermatitis auch zur Heilung kam.

Fall 16: S. Elise, 39 Jahre alt, Ehefrau.

An beiden Waden sieht man handtellergroße, scharf begrenzte Herde, welche teilweise Krusten, teilweise Schuppen tragen. An einzelnen Stellen besteht auch Nässen. Nach Abtragen der Krusten sieht man viele blaurot verfärbte Knötchen. Die Umgebung dieser Herde ist leicht gerötet. Aehnliche Stellen findet man auch an den Oberschenkelinnenseiten, jedoch hier wesentlich kleiner. Am Stamm und an den Armen befinden sich nur einzelne kleinere ekzematöse Herde.

Diagnose: Subakutes, papulöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: Auf die ekzematösen Herde an beiden Waden werden 1%ige Borkompressen gegeben. Nachdem das starke Nässen verschwunden war, wird Mollositin versucht. Die ekzematösen Veränderungen am Körper wurden teils mit Mollositin, teils mit Zinkschüttelpuder behandelt. Beide Mittel wurden gut vertragen; die akuten Entzündungserscheinungen (Rötung, Knötchen) an den Beinen und am übrigen Körper gehen zurück. Eine weitere Besserung war jedoch mit Mollositin nicht mehr zu erzielen. 2%ige Teerpaste führte innerhalb kurzer Zeit zur Abheilung des Ekzems.

Fall 17: N. Kurt, 24 Jahre alt, Obertruppführer.

An der Stirne, in der Umgebung des Mundes, am Hals und in den Interdigitalfalten der Hände sieht man eine starke Rötung, geringes Nässen und feine Schuppenbildung. Außerdem besteht heftiger Juckreiz und lästiges Spannungsgefühl.

Diagnose: Akutes, nässendes Ekzem.

Behandlung: An den Händen wird zunächst Antihydral und dann Tumenolpaste verordnet. Letztere hat etwas gereizt (stärkeres Nässen). Sie wird deshalb abgesetzt und zu Mollositin übergegangen. Das Nässen verschwindet und innerhalb von 14 Tagen

sind unter ständiger Mollositinbehandlung die ekzematösen Erscheinungen an beiden Händen abgeheilt. Jedoch schon nach zehn Tagen stellte sich an den Händen ein Recidiv ein, welches mit starker Rötung der Haut, Nässen und Knötchenbildung einherging. Dieses wurde erfolgreich mit Arningpinselung behandelt. Mollositin blieb bei diesem Recidiv vollkommen wirkungslos.

Die ekzematösen Herde an der Stirne, am Mund und Hals wurden, nachdem sie zuerst mit 2%igen Borkompressen behandelt worden waren und eine Besserung der akuten Entzündungserscheinungen eingetreten war, weiter mit Tumenolpaste und anschließend mit 2%iger Teerpaste bestrichen. Beide Mittel führten im Gesicht und am Hals zu einer Verschlechterung des Krankheitszustandes. Es traten erneutes Nässen und wieder stärkere Rötung der Haut auf. Unter 1%igen Borkompressen besserten sich diese Reizerscheinungen wieder. Es wurde dann ein Versuch mit Mollositin gemacht. Aber auch hiermit konnte keine weitere Besserung erzielt werden. Erst eine Röntgenbestrahlung führte zu einer solchen.

Fall 18: R. Leonhard, 34 Jahre alt, Brauer.

Seit 10 Tagen klagt der Kranke über starkes Jucken an beiden Unterschenkeln und Fußrücken. Man sieht dort stellenweise eine starke Rötung der Haut, die mit einzelnen Knötchen durchsetzt ist; ferner zahlreiche Kratzeffekte.

Diagnose: Akutes, papulöses Ekzem.

Behandlung: Auf die ekzematösen Herde an beiden Unterschenkeln wurde Mollositin gegeben. Als der Kranke nach 2 Tagen wieder in die Poliklinik kam, war neben einer blassen Rötung nur noch eine geringe Schuppenbildung wahrzunehmen. Unter weiterer Mollositinbehandlung war der Kranke nach 6 Tagen vollkommen beschwerdefrei, die entzündlichen Hauterscheinungen waren verschwunden.

Fall 19: G. Karoline, 70 Jahre alt, Witwe.

Die Gesichtshaut ist um beide Augen stark gerötet und an-

geschwollen. An Hals, Nacken und oberen Brustabschnitten ist die Haut ebenfalls gerötet und mit vielen roten Knötchen besetzt; auch besteht geringes Nässen. Das Gebiet beider Achselhöhlen ist ödematös geschwollen und weist zahlreiche größere Knötchen auf. Derselbe Befund ist an beiden Ober- und Unterarmen zu erheben. Im ganzen besteht starker Juckreiz.

Diagnose: Subakutes, papulöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: Im Gesicht und am Hals wird das nässende Stadium mit 2%igen Borkompressen überwunden. In der linken Achselhöhle wird Mollositin versucht, die ekzematösen Veränderungen am übrigen Körper werden mit Tumenolschüttelpuder ohne Glyzerin behandelt. Nachdem das Nässen im Gesicht und am Hals fast verschwunden ist, wird auch hier Mollositin verordnet. Es wird an sämtlichen Stellen gut vertragen, jedoch ließ sich damit eine vollständige Heilung des Ekzems nicht erzielen. Es wurde deshalb am Hals, in den Ellenbeugen und an den oberen Brustpartien zunächst Tumenolpaste und später 2%ige Steinkohlenteerpaste angewandt. Unter dieser Behandlung wurde die Kranke bald beschwerdefrei und konnte geheilt entlassen werden.

Fall 20: B. Andreas, 60 Jahre alt, Flaschner, klagt seit einigen Tagen über brennende Schmerzen am ganzen linken Ober- und Unterschenkel. Die Haut ist hier hochrot verfärbt, mit kleinen feinen Schuppen bedeckt und näßt in mäßigem Grade. An beiden Unterarmen, Schultern und in der Kreuzgegend sieht man mehrere gerötete, mit Schuppen und Knötchen besetzte Bezirke, welche sich besonders an beiden Schultern ziemlich derb anfühlen.

Diagnose: Akutes, papulöses Ekzem.

Behandlung: Die ekzematösen Herde an beiden Schultern heilen unter 2%iger Teerbehandlung rasch ab. Die Veränderungen am linken Bein haben sich unter Mollositin ebenfalls gebessert. Das Nässen hat aufgehört und die intensive Rötung ist zurückgegangen. Der gleiche Erfolg wurde mit Mollositin bei den ekzematösen

Herden in der Kreuzgegend erreicht. Am linken Arm wurde Tumenoltrockenpinselung versucht, die aber zu einer neuen Reizung der Haut führte. Mollositin, das auch hier jetzt verwendet wird, wurde gut vertragen. Nach 14tägiger Behandlung haben sich die Veränderungen am linken Ober- und Unterschenkel weitgehend gebessert; die Herde an den Unterarmen, Schultern und in der Kreuzgegend sind vollständig abgeheilt.

Fall 21: H. Georg, 52 Jahre alt, Bäckermeister, bemerkte seit einigen Tagen eine starke Schwellung und Rötung der Gesichtshaut. Unter Salbenbehandlung hatte sich der Zustand noch weiter verschlechtert. Die Haut des Gesichtes ist intensiv gerötet, näßt stark und ist mit zahlreichen roten Knötchen und stecknadelkopfgroßen Bläschen übersät. Außerdem sind auch der Nacken und beide Handrücken stellenweise gerötet und mit Knötchen bedeckt.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: Nachdem unter 1%igen Borkompressen das starke Nässen im Gesicht bis auf einige Stellen verschwunden ist, wird hier Mollositin versucht, welches sehr gut vertragen wird. Das noch vorhandene Nässen schwindet unter Mollositin nach 2 Tagen gänzlich, die Rötung blaßte ab und die zahlreichen Knötchen bildeten sich zurück. Die Veränderungen im Gesicht sind nach 8tägiger Mollositinbehandlung abgeheilt. Das Ekzem an beiden Händen und im Nacken wurde erfolgreich mit Zinkschüttelpuder und Penatenpaste behandelt.

Fall 22: S. Leonhard, 49 Jahre alt, Maler, bekommt seit dem Jahre 1923 jedes Jahr ein Ekzem, welches beruflich bedingt ist (Terpentin, Schmierseife, Firnis usw.). Auch jetzt ist wieder ein akutes Recidiv aufgetreten. Beide Hände sind stark ödematös geschwollen. Die Haut an den Fingerstreckseiten, Handrücken und Unterarmen ist gerötet, infiltriert und mit kleinen Knötchen und Schuppen besetzt. An den Fingergrundgelenken besteht neben gelblichen Krustenbildungen starkes Nässen. Die Haut des Kinns und

der Umgebung des Mundes ist ebenfalls leicht gerötet und zeigt geringe Schuppung.

Diagnose: Chronisch rezidivierendes, nässendes Ekzem.

Behandlung: Das nässende Stadium an den Unterarmen und Händen wird mit 1%igen Borkompressen überwunden. Die Haut des Kinns und der Umgebung des Mundes wird sofort mit Mollositin behandelt, das sehr gut vertragen wird. Die Schuppung und Rötung ist innerhalb von 8 Tagen verschwunden. Auf die chronischen ekzematösen Stellen an den Händen und Unterarmen übte Mollositin keine Heilwirkung aus. Diese Stellen wurden zuerst mit 2%iger und dann mit 10%iger Teerpaste behandelt. Außerdem wurde noch eine Röntgenbestrahlung (⅓ H E D) durchgeführt. An den Unterschenkelstreckseiten und Fußrücken tritt während des Klinikaufenthaltes ohne jede erkennbare Ursache eine Rötung der Haut mit Knötchen- und Bläschenbildung auf. Unter Mollositinbehandlung tritt ebenso wie im Gesicht schon nach ganz kurzer Zeit die Heilung ein.

Fall 23: H. Franz, 50 Jahre alt, Arbeiter.

An der rückwärtigen Begrenzung der rechten Achselhöhle sieht man einen etwa handtellergroßen Herd, welcher gerötet ist, näßt und mit weißlichen Schuppen bedeckt ist. Die Haut des Halses in seinem ganzen Umfang übergreifend auf die angrenzenden Teile der Brust bis zur zweiten Rippe ist ödematös, stark gerötet, nässend und mit feinen Schuppen bedeckt. Die Haut der Vorderarme ist auf den Streckseiten mäßig gerötet, mit zahlreichen kleinen Knötchen und mit feinen weißlichen Schuppen bedeckt. Im Bereich sämtlicher Veränderungen besteht teils heftiges Brennen, teils starker Juckreiz. Die entzündlichen Erscheinungen begannen vor 14 Tagen.

Diagnose: Akutes, nässendes Ekzem.

Behandlung: Die Ekzemherde am Hals und auf der Brust werden mit Mollositin behandelt. Darunter ging schon nach 2 Tagen die intensive Rötung zurück; neue Bläschen und Knötchen traten

nicht mehr auf. An den Vorderarmen und in der rechten Achselhöhle wird Penatenpaste versucht. Diese führt zu einer Verschlimmerung und muß wieder abgesetzt werden. Auch Tumenolschüttelpuder und Tumenolpaste wurden nicht vertragen. Es bildeten sich erneut Knötchen und Bläschen. Unter Mohn- und Zinköl gehen diese akuten Reizerscheinungen wieder zurück. Jetzt wird auch an diesen Stellen Mollositin gegeben. Darunter kommt es zu einer völligen Abheilung der ekzematösen Herde.

Fall 24: R. Franz, 21 Jahre alt, Arbeitsmann.

Seit 6 Wochen ist die Haut von drei Fingern der linken und von zwei Fingern der rechten Hand, sowie beider Handrücken gerötet, gering infiltriert und an mehreren Stellen erodiert. Das ganze befallene Hautgebiet näßt mäßig und ist mit zahlreichen Knötchen bedeckt.

Diagnose: Subakutes, papulöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: Unter Bor- und Rivanolkompressen hat das Nässen nachgelassen. Die anschließende Mollositinbehandlung führt zu einer akuten Verschlechterung des Krankheitszustandes. Es trat erneut starkes Nässen, sowie intensive Rötung auf; in der Umgebung sind zahlreiche neue Knötchen und Bläschen aufgeschossen. Mollositin wird abgesetzt. Mit Borkompressen und Zinköl wurde eine geringe Besserung erreicht. Drei Röntgenbestrahlungen mit anschließender Arningpinselung führten zur Heilung des Ekzems.

Fall 25: Sch. Hans, 41 Jahre alt, Landwirt, klagt seit 3 Tagen über starkes Brennen an verschiedenen Körperstellen. In der Nabelgegend ist die Haut gerötet, leicht schuppend und stellenweise nässend. Dieser Bezirk ist ziemlich scharf begrenzt; er ist aus vielen kleinen Herden konfluiert. Solche kleineren Herde bestehen auch noch in der Umgebung dieses großen Bezirkes. Neben stecknadelspitzegroßen, leicht geröteten Knötchen finden sich auch zahlreiche Bläschen. Ferner sieht man beiderseits in der Leistengegend, sowie an den Oberschenkelinnenseiten Rötung der Haut und massenhaft

Knötchen. An verschiedenen Stellen ist Krustenbildung und Schuppung vorhanden.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: 1%ige Borkompressen beseitigen nach verhältnismäßig kurzer Zeit das Nässen. Unter nachfolgender Mollositinbehandlung ist schon nach 3 Tagen die intensive Rötung fast verschwunden; neue Knötchen und Bläschen sind nicht entstanden, lediglich eine geringfügige Schuppung ist noch nachzuweisen. Weitere Mollositinbehandlung führt nicht zu einer endgültigen Abheilung der Ekzemherde. Dagegen bringt Tumenolpaste die noch bestehenden ekzematösen Veränderungen innerhalb von 10 Tagen restlos zum verschwinden.

Fall 26: B. Ernst, 30 Jahre alt, Porzellanmaler, gibt an, daß er seit dem Jahre 1932 im Anschluß an eine Venenentzündung am rechten und linken Unterschenkel jedes Jahr rezidivierend Ausschläge bekam, die zeitweise abheilten, dann aber immer wieder neu auftraten. Im März 1939 stellte sich bei dem Kranken abermals im Anschluß an eine Venenentzündung eine Hautentzündung ein, die mit Schuppen- und Krustenbildung einherging. Der Kranke zeigt jetzt folgenden Befund: Die Innenseite des rechten Unterschenkels ist bräunlichrot verfärbt in wechselnder Stärke an verschiedenen Stellen. In der Gegend des Malleolus internus finden sich Krustenauflagerungen. Die Umgebung zeigt eine Rötung der Haut, sowie geringes Nässen. Auf der Innenseite des linken Unterschenkels sieht man größere bräunlich verfärbte Herde, welche ebenfalls teilweise mit Krusten bedeckt sind.

Diagnose: Chronisch rezidivierendes, krustöses Ekzem beider Unterschenkel.

Behandlung: Die Ekzemherde des linken Unterschenkels werden mit Tumenolpaste, die des rechten Unterschenkels zunächst mit 1%igen Borkompressen behandelt. Nachdem rechts das Nässen bis auf einzelne Stellen aufgehört hat, wird hier Mollositin verwendet.

Dieses wird gut vertragen; das noch vorhandene geringe Nässen ist schon nach 2 Tagen unter Mollositinbehandlung verschwunden. Die Krusten haben sich fast vollständig abgelöst, die intensive Rötung ist abgeblaßt. Die Herde am linken Unterschenkel sind unter Tumenolpaste nach 10 Tagen restlos abgeheilt. Die Hautveränderungen am rechten Unterschenkel sind nach Abklingen der akuten Entzündungserscheinungen durch Mollositin in wechselnder Behandlung zunächst mit Tumenolpaste und dann mit 2%iger Teerpaste nach 3 Wochen verschwunden.

Fall 27: L. Karl, 26 Jahre alt, Metzger, bemerkt seit 6 Tagen im Gesicht starkes Jucken und zahlreiche kleine Bläschen mit serösem Inhalt. Nach ärztlich verordneter Salbenbehandlung trat eine akute Verschlechterung ein. Das ganze Gesicht ist jetzt stark angeschwollen und zeigt eine heftige Rötung, die auch auf den Hals übergreift. Weiterhin sieht man massenhaft rote Knötchen und stecknadelkopfgroße Bläschen; ferner besteht starkes Nässen. An beiden Ober- und Unterarmbeugeseiten findet man ebenfalls zerstreut stehende rote Knötchen und Bläschen.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: Die Schwellung des Gesichtes und das starke Nässen geht unter Resorcinkompressen zurück. An den Armen wird zunächst Zinkschüttelpuder und dann Tumenolschüttelpuder verordnet. Unter dieser Behandlung tritt eine starke Reizung in Form von Rötung und zahlreichen neuen Knötchen auf. Es wird nun sowohl im Gesicht, als auch an den Armen Mollositin aufgetragen. Nach einigen Tagen ist von einer Rötung fast nichts mehr zu sehen; die Knötchen und Bläschen haben sich zurückgebildet. Vollständige Heilung nach 10 Tagen.

Fall 28: St. Margarethe, 67 Jahre alt, Rentnerin.

Seit 6 Monaten bestehen an der medialen Seite des rechten Unterschenkels zwei Geschwüre. In der Umgebung ist die Haut bläulichrot verfärbt. Die Randpartien sind stärker gerötet und mit

einzelnen Knötchen durchsetzt. Im gesamten ekzematös veränderten Hautgebiet besteht starke Schuppen- und Krustenbildung, sowie geringes Nässen.

Diagnose: Chronisches, krustöses Ekzem mit Ulcus cruris.

Behandlung: Da 1%ige Borkompressen keine Besserung ergaben, wurden sie durch 1%ige Resorcinkompressen ersetzt. Das Nässen hat dadurch nachgelassen, ebenso haben sich die Krusten teilweise abgelöst. Anschließend wurde auf die ekzematösen Herde Mollositin gegeben. Unter dieser Behandlung entwickelte sich erneut ein starker Krustenbelag, unter dem es stark näßte. Nach Ablösen der Krusten werden wieder 1%ige Resorcinkompressen verordnet. Die nun verwendete Calcibronatsalbe führt ebenfalls zu Reizerscheinungen. Nach Abklingen derselben wurde eine Röntgenbestrahlung durchgeführt. Unter anschließender Behandlung mit Esiderm und Lassarpaste heilten die Ekzemherde ab.

Fall 29: B. Albrecht, 37 Jahre alt, Landwirt, bemerkte seit 14 Tagen an beiden Händen eine intensive Rötung der Haut, die mit heftigem Juckreiz verbunden war. An den Endgliedern beider Mittel- und Ringfinger, sowie an den beiden Handrücken sieht man eine Rötung der Haut, ferner Knötchen und einzelne Bläschen auf unscharf begrenzten Herden. Auch an beiden Unterarmen stehen massenhaft hirsekorngroße Bläschen mit wasserklarem Inhalt auf geröteter Haut.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses Ekzem.

Behandlung: An beiden Händen wurde neben Mollositin auch Esiderm verordnet. Die Unterarme werden mit Zinkschüttelpuder behandelt. Zunächst trat eine leichte Besserung ein. Aber schon nach 3 Tagen kam es zu einer Verschlechterung des Zustandes. Es sind massenhaft neue Knötchen und Bläschen entstanden. Jetzt werden sowohl auf Unterarme als auch auf die Hände Borkompressen gegeben. Nach 4 Tagen sind die akuten Reizerscheinungen etwas zurückgegangen. Nun wird nochmals Mollositin verordnet.

Unter dieser Behandlung ist dann eine deutliche Besserung zu verzeichnen. Die Rötung klingt vollständig ab. An den Händen finden sich nur noch einige Knötchen, welche mit Mollositin in ambulanter Behandlung zum Verschwinden gebracht wurden.

Fall 30: D. Friedrich, 22 Jahre alt, Artist.

Seit einigen Wochen bemerkte der Kranke am linken Handrücken eine Rötung der Haut, auf der sich zahlreiche Knötchen befinden, welche teilweise eröffnet sind. Auch an Brust, Bauch und Armen sieht man mehrere, kleine, geöffnete Bläschen sowie ausgedehnte Kratzeffekte.

Diagnose: Akutes, vesiculöses Ekzem.

Behandlung: Die Herde auf Brust und Bauch wurden versuchsweise mit Mollositin, diejenigen auf Händen und Unterarmen mit Penatenpaste behandelt. Letztere führte zu Reizungserscheinungen. Daraufhin wird nun auch an den Händen und Unterarmen Mollositin verordnet. Dieses wird hier, ebenso wie auf Brust und Bauch, sehr gut vertragen. Nach 8tägiger Mollositinbehandlung vollständige Heilung.

Fall 31: P. Johann, 67 Jahre alt, Forstarbeiter.

Der Kranke kommt wegen eines Unterschenkelgeschwürs in die Sprechstunde. Am linken Unterschenkel sieht man ein etwa fünfmarkstückgroßes, schmierig belegtes Ulcus. Die Haut des linken Unterschenkels ist besonders in der weiteren Umgebung des Ulcus entzündlich gerötet und zeigt zahlreiche Knötchen. Außerdem besteht geringes Nässen.

Diagnose: Subakutes, nässendes Ekzem mit Ulcus cruris.

Behandlung: Das bestehende Ekzem, welches auch auf die Heilungstendenz des Ulcus cruris eine nachteilige Wirkung ausübt, wird mit Mollositin behandelt. Das Nässen hat nach 2 Tagen vollständig aufgehört und nach 4 weiteren Tagen waren auch die roten Knötchen verschwunden. Einige noch bestehende derbere Herde wurden erfolgreich mit Penatenpaste und Pittagon behandelt.

Fall 32: M. Elise, 17 Jahre alt, ohne Beruf, bekam vor zehn Tagen im Gesicht eine starke Rötung. Die gesamte Gesichtshaut ist mit kleinen Knötchen übersät; dazwischen sieht man einige Bläschen mit serösem Inhalt. Auch an Hals, Armen und Unterschenkeln sind eine Rötung der Haut sowie einzelne rote Knötchen zu sehen. Außerdem besteht starker Juckreiz.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses Ekzem.

Behandlung: Im Gesicht kamen zunächst 1%ige Borkompressen zur Anwendung, dann wurde Mollositin im Wechsel mit Zinköl versucht. Schon nach 4 Tagen ist eine deutliche Besserung zu verzeichnen. Die Rötung ist vollständig abgeklungen, neue Knötchen und Bläschen sind nicht mehr entstanden. Die ekzematösen Herde am Hals heilten unter Tumenolpaste, an den übrigen Stellen unter Tumenolschüttelpuder mit Zusatz von Calmitol ab.

Fall 33: Sch. Adele, 40 Jahre alt, Diakonisse, stand schon früher einmal wegen eines Ekzems in unserer Behandlung. Jetzt kommt sie wegen eines Rezidivs. Die Haut beider Handrücken und sämtlicher Finger ist stark gerötet, infiltriert und zeigt stellenweise Schuppen- und Krustenbildung. Außerdem besteht starkes Nässen. Auch an beiden Unterschenkeln und Oberarmen sieht man vereinzelte rote Knötchen und zahlreiche Kratzeffekte. An sämtlichen ekzematös veränderten Stellen besteht starker Juckreiz.

Diagnose: Stark nässendes Ekzem.

Behandlung: Die nässenden Stellen werden tagsüber mit 1%igen Borkompressen, nachts mit Mollositin behandelt. Dies wird gut vertragen. Das Nässen und der starke Juckreiz sind schon nach 2 Tagen fast völlig verschwunden. Unter weiterer Mollositinbehandlung klingen auch die übrigen akuten Entzündungserscheinungen ab. Die weitere Behandlung bis zur vollständigen Heilung erfolgte mit Pixliquidaspiritus und Röntgenbestrahlung, nachdem auf Zinkschüttelpuder und Tumenolpaste eine Verschlimmerung des Zustandes aufgetreten war.

Fall 34: H. Elisabeth, 67 Jahre alt, Landwirtsfrau, bemerkte seit 8 Tagen starkes Brennen an beiden Ober- und Unterschenkeln. An den Oberschenkelinnenseiten sieht man eine diffuse, unscharf begrenzte, heftige Rötung der Haut mit zahlreichen roten Knötchen. An der Innenseite des rechten Unterschenkels bestehen 2 markstückgroße Geschwüre mit schmierigem Belag. Die Umgebung derselben ist intensiv gerötet und zeigt neben vielen roten Knötchen auch Schuppen- und Krustenbildung. Auch der linke Unterschenkel zeigt ekzematöse Veränderungen, jedoch nur geringeren Grades.

Diagnose: Subakutes, papulöses Ekzem mit Ulcus cruris.

Behandlung: Auf die Ekzemherde an beiden Unterschenkeln wird Mollositin aufgetragen. Bereits nach 2 Tagen ist ein deutlicher Rückgang der Rötung und der zahlreichen Knötchen zu verzeichnen. Subjektiv besteht an diesen Stellen nur noch heftiger Juckreiz, der aber schon nach einmaliger Verordnung von Calcibronatsalbe vollständig verschwindet. Die noch vorhandenen Schuppen am rechten Unterschenkel lösen sich unter Mollositinbehandlung gut ab. Nach 7 Tagen sind sämtliche ekzematösen Veränderungen, sowie beide Ulcera soweit abgeheilt, daß die Kranke entlassen werden kann. Zur restlichen ambulanten Weiterbehandlung wird Mollositin verordnet.

Fall 35: K. Ludwig, 20 Jahre alt, Arbeitsmann, bekam vor einigen Tagen im Gesicht einen stark juckenden Ausschlag. Die gesamte Gesichtshaut ist gerötet und mit massenhaft roten Knötchen und hirsekorngroßen Bläschen übersät. Außerdem besteht an verschiedenen Stellen starkes Nässen. Die ekzematösen Herde greifen auch auf den Hals über.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses, nässendes Ekzem.

Behandlung: Das starke Nässen im Gesicht läßt unter 1%igen Borkompressen bald nach. Anschließend wird im Gesicht Mollositin und am Hals Zinkschüttelpuder versucht. Beide Mittel wurden gut vertragen. Das Nässen und die intensive Rötung der Gesichts-

haut sind unter vorher genannter Behandlung schon nach 4 Tagen nicht mehr zu sehen. Neue Knötchen und Bläschen sind nicht entstanden. Vollständige Heilung nach 8 Tagen.

Fall 36: Sch. Charlotte, 51 Jahre alt, ohne Beruf, bemerkte nach einer Inspirolinhalation im Gesicht eine starke Rötung. Nase, beide Wangen und Kinn zeigen neben diffuser Rötung der Haut massenhaft Knötchen und Bläschen, sowie krustöse Auflagerungen. Auch beide Ohrläppchen sind gerötet und mit Knötchen und Bläschen übersät.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses Ekzem.

Behandlung: Da bei der Kranken eine polyvalente Ueberempfindlichkeit der Haut vorliegt, kommen für die Behandlung nur ganz milde Heilmittel in Betracht. Nach Erprobung von Zinktrockenpinselung, Mollositin und Resorcinkompressen an verschiedenen Hautstellen wird nach 2 Tagen zu alleiniger Mollositinbehandlung übergegangen. Unter dieser Behandlung zeigte sich aber eine wesentliche Verschlechterung des Krankheitsbildes. Die Rötung im Gesicht wurde stärker, auch Knötchen und Bläschen traten in großer Anzahl neu auf; an einzelnen Stellen kam es sogar zu Nässen. Nach Absetzen des Mollositins wurden sämtliche Ekzemherde dann nur mit 1%igen Resorcinkompressen behandelt. Nach 4 Tagen ist eine deutliche Besserung festzustellen. Die Krusten lösen sich allmählich ab; darunter ist nur noch eine geringe Rötung der Haut zu sehen. Unter Zinköl erfolgte Heilung.

Fall 37: G. Leonhard, 28 Jahre alt, Steinhauer.

Die Haut beider Unterschenkel und Füße ist stark gerötet und zeigt kleinlamelläre Schuppenbildung, sowie Reste aufgeplatzter Bläschen. An beiden Händen sieht man ebenfalls Rötung der Haut, Schuppung und mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen. Subjektiv wird über Schmerzen und stellenweise starken Juckreiz geklagt. Die Erscheinungen bestehen seit einigen Monaten.

Diagnose: Subakutes Ekzem.

Behandlung: An den Händen wurde neben Antihydralsalbe auch Mollositin versucht. Dieses wird gut vertragen; die Rötung blaßt ab. Eine weitere Besserung konnte jedoch mit Mollositin an den Händen nicht mehr erzielt werden. Unter Tumenolpaste und 2%iger Teerpaste heilten die Ekzemherde an den Händen dann innerhalb von 10 Tagen ab. Auch an beiden Unterschenkeln führte Mollositin nur zum Abklingen der akuten Entzündungserscheinungen und nicht zu einer vollständigen Heilung.

Fall 38: V. Heinrich, 37 Jahre alt, Zementarbeiter, verspürt seit 3 Wochen im Gesicht, an beiden Unterarmen und beiden Handrücken heftigen Juckreiz. An den beiden Handrücken und Unterarmen sieht man mehrere sich derb anfühlende ekzematöse Herde, die mit weißlichen Schuppen bedeckt sind. In beiden Ellenbeugen und an den Beugeseiten der Unterarme ist eine diffuse Rötung der Haut, die mit zahlreichen roten Knötchen durchsetzt ist, wahrzunehmen. Die Haut des Gesichtes, beider Ohren und des Nackens ist intensiv gerötet und ebenfalls mit Knötchen übersät. Außerdem bestehen an mehreren Stellen Kratzeffekte.

Diagnose: Akutes, papulöses Ekzem.

Behandlung: Im Gesicht und im Nacken werden zunächst 1%ige Borkompressen verordnet. Anschließend wird auf sämtliche ekzematösen Stellen Mollositin aufgetragen, das gut vertragen wird. Schon nach 5 Tagen ist die Rötung im Gesicht und Nacken fast verschwunden. Das gleiche gilt von den zahlreichen hier vorhandenen Knötchen. Besonders angenehm wurde vom Kranken die Kühlwirkung der neuen Paste empfunden; auch der starke Juckreiz hat nachgelassen. Auf die mit weißlichen Schuppen besetzten Stellen an beiden Unterarmen und Handrücken hatte Mollositin wenig Einfluß, so daß hier zu 2%iger und später zu 10%iger Steinkohlenteerpaste übergegangen wurde. Unter dieser Behandlung konnte nach 12 Tagen eine Heilung erzielt werden.

Fall 39: D. Hellmuth, 1 Jahr alt.

Vor einigen Wochen bekam das Kind am behaarten Kopf und im Gesicht einen Ausschlag. Die Herde waren entzündlich gerötet und mit kleinen Bläschen durchsetzt. Jetzt hat der damals lokalisierte Ausschlag auf den ganzen Körper übergegriffen. Das Kind zeigt folgenden Befund: Am behaarten Kopf befinden sich große Flecken dicker, schmutzig-grauer Krusten, nach deren Abkratzen eine gerötete, nässende Haut sichtbar wird. An den Armen sieht man fünfmarkstückgroße unscharf begrenzte, schuppige Herde mit vielen Knötchen. Außerdem ist die Haut des ganzen Körpers leicht gerötet und mit Knötchen, die jedoch nicht gruppiert zusammenstehen, sowie mit Schuppen bedeckt.

Diagnose: Subakutes, krustöses Ekzem.

Behandlung: Die ekzematösen Herde an den Armen und am übrigen Körper werden mit Mollositin behandelt. Schon nach vier Tagen trat unter dieser Behandlung eine wesentliche Besserung der Erscheinungen ein. Die Rötung ist fast verschwunden und die Knötchen haben sich zurückgebildet. Die völlige Abheilung dieser Herde wurde mit Tumenolschüttelpuder und Tumenolpaste erreicht. Am behaarten Kopf wurde zum Ablösen der Krusten zunächst 2%ige Salicylsalbe verwendet. Die Heilung der Ekzemherde erfolgte auch hier mit Tumenolpaste.

Fall 40: L. Lorenz, 14 Jahre alt, Schüler, bemerkte vor zehn Tagen im Gesicht starkes Spannungsgefühl und am Kopf heftigen Juckreiz. Die Haut des Gesichtes ist heftig gerötet, ödematös geschwollen und mit feinen Schuppen bedeckt; im ganzen besteht starkes Nässen. Die gleichen Veränderungen sind am Hals wahrzunehmen.

Diagnose: Akutes, stark nässendes Ekzem.

Behandlung: Das nässende Stadium wird mit 2%igen Borkompressen überwunden. Anschließend wird abwechselnd Rivanolöl und Mollositin angewandt. Die Krusten lösen sich gut, die

Rötung der Haut und das Nässen gehen zurück. Der Kranke fühlt sich sehr wohl, das lästige Spannungsgefühl ist fast verschwunden. Es wird dann an einer Stelle auf der Stirne Tumenolpaste versucht. Diese führt aber im Gesicht und am Hals zu einer Reizung der Haut. 1%ige Borkompressen im Wechsel mit Mollositin bringen die akuten Reizerscheinungen wieder zum Abklingen. Die weitere Behandlung bis zur vollständigen Abheilung des Ekzems im Gesicht wird zunächst mit Penatenpaste und dann mit Pittagon durchgeführt.

Fall 41: G. Hermann, 32 Jahre alt, Spinnereiarbeiter, kommt in die Poliklinik wegen eines linsengroßen Geschwürs am linken Unterschenkel. In der Umgebung ist die Haut entzündlich verändert. Es besteht Rötung, lamelläre Schuppung und geringes Nässen.

Diagnose: Subakutes Ekzem mit Ulcus cruris.

Behandlung: Das Ekzem wurde zunächst mit 1%igen Borkompressen behandelt. Nachdem das Nässen bis auf einige Stellen verschwunden ist, wird Mollositin angewandt. Unter dieser Behandlung hört das Nässen vollends auf, die Schuppen haben sich abgelöst und die intensive Rötung ist abgeblaßt. Das Ulcus hat sich nach 10tägiger Behandlung unter Desitinverbänden geschlossen.

Fall 42: S. Barbara, 60 Jahre alt, Witwe.

Seit 2 Wochen bemerkt die Kranke im Gesicht, unter den Brüsten und an den Armen eine leichte Rötung der Haut mit vielen stecknadelkopfgroßen, roten Knötchen. In der Genitalgegend, sowie in beiden Leistenbeugen ist die Haut ebenfalls entzündlich gerötet. Außerdem besteht an sämtlichen ekzematösen Stellen ein fast unerträglicher Juckreiz.

Diagnose: Akutes, papulöses Ekzem.

Behandlung: Die Ekzemherde im Gesicht heilten unter Calmitolschüttelpuder, die an den Armen unter Pittagon verhältnismäßig rasch ab. Wegen des besonders unter den Brüsten und in der

Genitalgegend vorhandenen außerordentlich starken Juckreizes wird an diesen Stellen zunächst Calmitolzinköl verordnet. Dieses führte aber an keiner von beiden Stellen zu einer Besserung der bestehenden Hautveränderungen und auch nicht zu einer Linderung des starken Juckreizes. Calmitolzinköl wird deshalb abgesetzt und auf die ekzematösen Veränderungen unter den beiden Brüsten nun versuchsweise Mollositin aufgetragen. Unter dieser Behandlung ist nach 3 Tagen die Rötung völlig verschwunden, die Knötchen haben sich bis auf einzelne wenige zurückgebildet. Zur Linderung des lästigen Juckreizes wurden der Kranken eine Reihe von Calcibronat-Injektionen verabreicht. In der Genitalgegend wurde abwechselnd mit Calcibronatsalbe und Ekzefug erfolgreich behandelt.

Fall 43: W. K u n i g u n d e , 42 Jahre alt, ohne Beruf.

Die Haut von Hals und Brust ist im Bereich, der dem Kleidausschnitt entspricht, gerötet und weist neben beträchtlichem Nässen noch Schuppenbildung auf. Dieselben Veränderungen bestehen im Gesicht. Ferner sind beide Unterarme und Unterschenkel angeschwollen. Die Haut ist stark gerötet, von Schuppen und Krusten bedeckt und näßt stark.

D i a g n o s e : Subakutes, stark nässendes Ekzem.

Behandlung: Das starke Nässen am Hals und im Gesicht läßt unter 1%igen Borkompressen nach. Anschließend wird Mollositin verordnet, das gut vertragen wird. Die Schuppen haben sich abgelöst und die Rötung ist zurückgegangen. Weitere Mollositinbehandlung bringt nach 6 Tagen die Ekzemherde im Gesicht und am Hals zum verschwinden. Die Veränderungen an beiden Unterarmen heilen unter 2%iger Teerpaste, die an beiden Unterschenkeln unter Tumenolschüttelpuder nach fast 21tägiger Behandlung ab.

Fall 44: P. J o h a n n , 31 Jahre alt, Schlosser.

Der Kranke bemerkte vor 2 Tagen nach dem Rasieren im Gesicht heftiges Brennen. Auf der Stirn, an beiden Wangen und am Kinn sieht man etwa pfennigstückgroße, scharf begrenzte und

intensiv gerötete Herde, welche am Rande vereinzelt Knötchen zeigen. Der entzündliche Prozeß ist streng auf das Gesicht lokalisiert.

Diagnose: Akute Dermatitis.

Behandlung: Zunächst werden 1%ige Borkompressen verordnet. Als darunter die starke Rötung etwas zurückgegangen ist, wird Mollositin versucht. Schon nach 3 Tagen sind unter dieser Behandlung entzündliche Erscheinungen im Gesicht nicht mehr festzustellen. Das maculöse Exanthem sowie die Knötchen sind vollständig verschwunden.

Fall 45: B. Ellen, 29 Jahre alt, ohne Beruf.

Die Haut des Gesichts und beider Ohren ist leicht gerötet und mit feinen Schuppen bedeckt. Im Nacken, in beiden Achselhöhlen, an beiden Oberarmen und Oberschenkeln sieht man eine stärkere Rötung der Haut und zahlreiche disseminiert stehende Knötchen. Außerdem weisen die ekzematös veränderten Hautpartien viele Kratzeffekte auf. Beide Brustwarzen sind mit dicken, gelbbräunlichen Krusten bedeckt, aus denen seröse Flüssigkeit hervorquillt.

Diagnose: Subakutes, schuppendes Ekzem.

Behandlung: Die ekzematösen Veränderungen im Gesicht und an beiden Ohren sind unter Mollositin nach 8 Tagen abgeheilt. Im Nacken, an den Armen und Beinen wird Mollositin ebenfalls gut vertragen und die akuten Entzündungserscheinungen gehen zurück. Eine weitere Besserung ist aber mit Mollositin nicht zu erreichen. Deshalb wird an beiden Oberschenkeln und im Nacken 2%ige und an den Oberarmen 10%ige Teerpaste versucht. Unter dieser Behandlung kam es nach 14 Tagen zur vollständigen Heilung der Ekzemherde. Die beiden Brustwarzen der Kranken werden zunächst mit 1%igen Borkompressen behandelt. Die dicken Krusten lösen sich ab und das Nässen wird geringer. Jetzt wird auch hier Mollositin verwendet. Die Rötung blaßt unter dieser Behandlung ab und das noch an einzelnen Stellen vorhandene Nässen ver-

schwindet. Eine endgültige Heilung konnte aber auch hier erst mit 2%iger Teerpaste erzielt werden.

Fall 46: N. Kurt, 2 Jahre alt.

Das Gesicht ist stellenweise stark gerötet und zeigt viele blutige Kratzeffekte. An der Stirne finden sich einzelne impetigenisierte Herde. Auch die Haut beider Augenlider ist ekzematös verändert. Vom Hals auf die Brust übergreifend sieht man zahlreiche disseminiert stehende rote Knötchen, welche auch zerkratzt sind. Die Haut des Bauches ist an vielen Stellen stark gerötet und mit Knötchen und Schuppen bedeckt. Beide Unterarme tragen große, aufgekratzte Herde mit blutiger Krusten- und Schuppenbildung. An beiden Ober- und Unterschenkeln sieht man die gleichen Erscheinungen.

Diagnose: Ausgebreitetes, subakutes Ekzem.

Behandlung: Beide Unterarme werden zunächst mit Rivanolzinkpaste behandelt. Im Gesicht und an den übrigen ekzematös veränderten Körperstellen wird Mollositin verordnet. Die Conjunktivitis wird mit 2%iger Targesinlösung behandelt. Außerdem wird noch Cebion und Calcipot gegeben. Unter Mollositinbehandlung gehen die ekzematösen Veränderungen erheblich zurück. Allerdings ist eine weitere Besserung damit dann nicht mehr zu erzielen. Am linken Unterarm wird nun ein Versuch mit Tumenolpaste gemacht, die sehr gut vertragen und deshalb auch im Gesicht und am übrigen Körper verwendet wird. Unter 2%iger Teerpaste kam es dann rasch zum Abheilen der ekzematösen Herde.

Fall 47: B. Barbara, 39 Jahre alt, Arbeiterin, bemerkte vor 8 Tagen am Hals, im Gesicht und an den Armen heftiges Jucken und stellenweise starkes Brennen. Die Haut in beiden Ellenbeugen und an beiden Unterarmen ist gering gerötet und mit stecknadelkopfgroßen Knötchen und Bläschen übersät, welche seröse Flüssigkeit enthalten und teilweise aufgeplatzt sind. Dadurch kommt es an einzelnen Stellen zu Nässen und Krustenbildung. Die gleichen

Veränderungen sieht man an der Stirne und an der Vorderseite des Halses.

Diagnose: Akutes, papulo-vesiculöses Ekzem.

Behandlung: Unter Mollositinbehandlung gehen die akuten ekzematösen Erscheinungen am Hals, an den Unterarmen und auf der Stirne zurück und ebenso hört das Nässen an beiden Unterarmen auf. Auch heilen die Veränderungen an der Stirne unter dieser Behandlung vollständig ab, während dies bei den übrigen Ekzemherden nicht gelingt. Erst unter weiterer Behandlung mit zunächst 2%iger und dann 10%iger Teerpaste konnte nach 14 Tagen eine Heilung erzielt werden. Zur Linderung des bestehenden starken Juckreizes wurden einige Calcibronatinjektionen gegeben.

Fall 48: L. Jakob, 50 Jahre alt, Landwirt.

Vor 5 Monaten wurde der Kranke am rechten Unterschenkel von einem Hund gebissen. Zwei Monate nachdem die Wunde zugeheilt war, sei sie angeblich wieder aufgebrochen und es sei in der Umgebung der Bißstelle eine intensive Rötung der Haut und starkes Nässen aufgetreten. Nach einer vom Hausarzt verordneten Salbenbehandlung sollen sich seit 10 Tagen die entzündlichen Erscheinungen auf den gesamten rechten Unterschenkel und stellenweise auch auf den rechten Oberschenkel, sowie auf verschiedene Stellen am Stamm ausgebreitet haben. Der Kranke bietet jetzt folgenden Befund: Der rechte Unterschenkel ist stark geschwollen, die Haut gerötet und mit weißlichen lamellären Schuppen besetzt. Im Bereich dieser Veränderungen besteht starkes Nässen. Auch am rechten Oberschenkel sieht man fleckförmig gerötete Stellen, welche ebenfalls mit Schuppen bedeckt sind. Die gleichen Veränderungen bestehen in geringerem Grade ferner am Stamm, Hals und an den Oberarmen.

Diagnose: Akutes, stark nässendes Ekzem.

Behandlung: Das Nässen am rechten Unterschenkel wird mit 2%igen Borkompressen überwunden. Anschließend wird Mollositin

versucht. Dieses wird zunächst gut vertragen; jedoch schon nach 2 Tagen kommt es unter dieser Salbe zu einer Reizung und erneutem stärkeren Nässen. Der Kranke klagt über lästiges Spannungsgefühl. Mollositin wird deshalb abgesetzt und wieder zu 2%igen Borkompressen übergegangen. Nachdem die akuten Reizerscheinungen wieder abgeklungen sind, wird auf die entzündlich gerötete Haut des rechten Unterschenkels 2%ige Salicyl-Eucerinsalbe aufgetragen. Diese wird verhältnismäßig gut vertragen, jedoch kann eine wesentliche Besserung des Ekzems hiermit nicht erreicht werden. Nun wird an einer Stelle des rechten Unterschenkels 2%ige Teerpaste versucht, welche gut vertragen wird und deshalb am gesamten Unterschenkel zur Anwendung gelangt. Diese Behandlung führt im Wechsel mit Pittagon und Penatenpaste nach 2 Wochen zur Abheilung des Ekzems am rechten Unterschenkel. Die ekzematösen Stellen am übrigen Körper wurden zunächst mit Zinköl und Zinkschüttelpuder behandelt, ohne daß aber hiermit eine wesentliche Besserung sich erzielen ließ. Anschließende Mollositinbehandlung führte jedoch schon nach 5 Tagen zu einer völligen Abheilung dieser Ekzemherde.

Fall 49: W. Herbert, 29 Jahre alt, Schlosser, bekommt immer im Frühjahr und im Herbst eine starke Schwellung und intensive Rötung der gesamten Gesichtshaut. Diese Veränderung geht mit heftigem Brennen einher.

Diagnose: Akute Dermatitis.

Behandlung: Unter Mollositinbehandlung klingt die intensive Rötung und starke Schwellung der Gesichtshaut schon nach 3 Tagen ab. Besonders angenehm wurde von dem Kranken die kühlende Wirkung des Mollositin empfunden. Nach 4tägigem Klinikaufenthalt konnte der Kranke geheilt entlassen werden.

Fall 50: E. Emil, 58 Jahre alt, Auszügler, gibt an, daß 2 Tage nach Benützung eines Klosetts in der Gesäßgegend eine heftig brennende und stark juckende Hautentzündung aufgetreten sei,

welche in ihrer Form genau der Sitzfläche des Klosetts entsprach. Unter Salbenbehandlung trat eine wesentliche Verschlechterung ein. Die Haut auf beiden Gesäßhälften ist stark entzündlich gerötet und infiltriert, mit blutigen Krusten besetzt und näßt an einzelnen Stellen etwas. Die Rima ani ist gerötet und im oberen Teil sieht man eine kleine Rhagade. Die Haut der Genitalgegend und des Scrotums ist ebenfalls gerötet und mit kleinen Knötchen besetzt.

Diagnose: Akute Dermatitis.

Behandlung: Der Kranke bekommt in die Rima ani weiche Lebertransalbe, an den übrigen Stellen Calmitolzinköl. Letzteres wird nicht vertragen. Es kommt zu einer stärkeren Reizung der Haut. Calmitolzinköl wird deshalb abgesetzt und zu 1%igen Borkompressen übergegangen. Der fast unerträgliche Juckreiz hat unter Borkompressen nachgelassen; ebenso ist die intensive Rötung zurückgegangen, so daß jetzt ein Versuch mit Mollositin gemacht werden kann. Dieses verträgt der Kranke sehr gut. Die noch bestehende geringe Rötung ist unter Mollositin nach 10 Tagen vollständig verschwunden, so daß nun die Haut der Gesäßgegend wieder normal ist.

Die bisher angeführten Versuche wurden alle mit Mollositin ohne Zusatz durchgeführt. Auf Anregung von Herrn Professor Hauck wurde von dem Desitin-Werk Carl Klinke in Hamburg eine Mischung von Mollositin mit 10% Tumenolammonium hergestellt. Das neue Präparat, welches noch nicht im Handel ist, wurde uns für Versuchszwecke übermittelt. Das zugesetzte Tumenolammonium enthält 1,4% Ammoniak, das an Tumenol (ein Destillationsprodukt aus bituminösen Gesteinen) gebunden ist. Tumenolammonium stellt eine dunkelbraune, ölige Flüssigkeit dar, welche in Wasser beliebig löslich, ferner leicht zu Pasten oder Salben verreiblich ist und keine Flecken hinterläßt. Durch diesen Zusatz wurde die Konsistenz des neuen Präparates etwas weicher als die von Mollositin. Auch die Farbe hat sich geändert. Das Weiß des reinen Mollositins wurde von dem Braun des Tumenolammoniums überdeckt.

Als Hauptanwendungsgebiet für Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz erschien uns das subakute und chronische Stadium des Ekzems geeignet. Die folgenden Auszüge aus Krankengeschichten sollen nun einen Ueberblick über die Wirkung und Verträglichkeit des neuen Präparates geben:

Fall 1: D. Georg, 28 Jahre alt, Dreher, besitzt besonders am linken Unterschenkel starke Varizen. Außerdem sieht man hier zwei handtellergroße Herde, welche leicht gerötet und mit weißlichen Schuppen bedeckt sind. Mehrere kleinere, gerötete und mit roten Knötchen besetzte Stellen findet man auch am rechten Unterschenkel, sowie am linken Fußrücken. Beide Handrücken sind stellenweise gerötet und mit Knötchen und Bläschen bedeckt; außerdem zahlreiche Kratzeffekte. Die entzündlichen Erscheinungen bestehen schon seit 4 Wochen.

Diagnose: Subakutes Ekzem.

Behandlung: Die bestehenden Varizen werden mit 20%iger Kochsalzlösung verödet. An beiden Ekzemherden am linken Unterschenkel, sowie an einzelnen Stellen des linken Fußrückens und rechten Unterschenkels kommt Mollositin zur Anwendung. Dieses wird zwar sehr gut vertragen, jedoch ist eine vollständige Heilung damit nicht zu erzielen. Dagegen bringt 2%ige Steinkohlenteerpaste diese Ekzemherde nach 10 Tagen zur völligen Abheilung. Die ekzematösen Veränderungen an beiden Handrücken werden zunächst mit Ekzefug behandelt. Dies führte zu einer heftigen Reizung der Haut (lebhafte Rötung und vermehrte Knötchenbildung), weshalb es abgesetzt und zu 1%igen Borkompressen übergegangen wird. Nach Abklingen der akuten Reizerscheinungen wird Mollositin verordnet und auch an diesen Hautstellen sehr gut vertragen. Wohl geht die Rötung unter dieser Paste zurück, auch neue Knötchen schießen nicht mehr auf, jedoch die Heilwirkung bleibt aus. Diese tritt dagegen unter Anwendung des neuen Präparates Mollositin

mit 10% Tumenolammonium-Zusatz ein, so daß der Kranke nach 10 Tagen vollständig geheilt entlassen werden konnte.

Fall 2: G. Ewald, 17 Jahre alt, Drahtweber.

Der gesamte Handrücken der linken Hand einschließlich der Finger ist bis zum Handgelenk leicht geschwollen, stark gerötet und mit trockenen, grauroten Schuppen bedeckt, welche fest anhaften. An den Fingerknöcheln und in den Hautfalten sieht man tiefe Rhagaden. Der Prozeß ist gegen die Beugeseite und gegen die Handfläche scharf abgegrenzt. In den Interdigitalfalten der rechten Hand ist die Haut gerötet und von grauen Schuppen besetzt. Der Kranke bekommt diese Hautveränderungen seit 3 Jahren zweimal im Jahr.

Diagnose: Chronisches, rezidivierendes Ekzem.

Behandlung: Der Kranke erhält auf die ekzematösen Veränderungen beider Hände Mollositin. Schon nach 2 Tagen haben sich die entzündlichen Erscheinungen gebessert. Die Schwellung und die lebhafte Rötung sind fast verschwunden. Am 3. Behandlungstage kam es zu einer Reizung der Haut, da sich der Kranke die Hände mit Seife gewaschen hatte. Die akuten Reizerscheinungen klingen unter 1%igen Borkompressen im Wechsel mit Mollositin rasch wieder ab. Dann folgt ein Versuch mit Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz. Dieses wird 2 Tage sehr gut vertragen, führt aber dann zu einer erneuten stärkeren Reizung der Haut, weshalb es abgesetzt und wieder zu 1%igen Borkompressen übergegangen wird. Die endgültige Heilung erfolgte nach 14 Tagen unter Pittagonsalbe.

Fall 3: M. Christof, 45 Jahre alt, Kontrolleur.

Der Kranke bemerkte vor ungefähr 3 Wochen am linken Unterschenkel eine handtellergroße lebhafte Rötung der Haut mit zahlreichen Knötchen und Bläschen. Vom Hausarzt wurde Salbenbehandlung verordnet, worunter eine wesentliche Verschlechterung des Krankheitsbildes eintrat. Der zunächst noch verhältnismäßig

kleine Krankheitsherd breitete sich fast über den ganzen linken Unterschenkel aus und näßt jetzt stark. Die Haut ist gerötet und zeigt an den Randpartien zahlreiche rote Knötchen und vereinzelt auch stecknadelkopfgroße Bläschen mit serösem Inhalt. Ferner besteht an einigen Stellen Schuppen- und Krustenbildung.

Diagnose: Subakutes, nässendes Ekzem.

Behandlung: Das starke Nässen verschwindet unter 1%igen Borkompressen. Das anschließend verordnete Mollositin wird vom Kranken sehr gut vertragen. Die Rötung der Haut, sowie die Knötchen und Bläschen bilden sich weitgehend zurück, auch der lästige Juckreiz läßt nach. Besonders angenehm wurde die Kühlwirkung des Mollositins empfunden. Da bei weiterer Verwendung dieser Salbe der Heilungsprozeß zu langsam fortschreitet, wird zu Mollositin mit 10% Tumenolammoniak-Zusatz übergegangen. Auch dieses Präparat wird gut vertragen, die noch vorhandenen Schuppen lösen sich ab und die Rötung der Haut verschwindet nahezu. Im weiteren Wechsel mit 2%iger Steinkohlenteerpaste erfolgte nach 3 Wochen die Heilung des ausgedehnten Ekzemherdes.

Fall 4: L. Karl, 39 Jahre alt, Bäcker.

Seit mehreren Wochen leidet der Kranke am Kopf, Rücken und rechten Oberschenkel an starkem Juckreiz. Zwischen beiden Schulterblättern sieht man punktförmige rote Knötchen und Bläschen, welche im Zentrum dieses Herdes dichter zusammenstehen als dies am Rande der Fall ist. Die Haut des übrigen Rückens bis zur Kreuzbeingegend ist gerötet und ebenfalls mit zahlreichen Knötchen besetzt. An verschiedenen Stellen besteht Nässen und Schuppenbildung. Die Haut des behaarten Kopfes trägt lamelläre, grauweiße Schuppung und ist gering gerötet. An beiden Wangen und an der rechten Oberschenkelinnenseite sieht man ebenfalls Rötung der Haut, Knötchen- und Schuppenbildung.

Diagnose: Subakutes, nässendes und schuppendes Ekzem.

Behandlung: Am Rücken und auf dem behaarten Kopfe werden 1%ige Borkompressen gut vertragen. Anschließend werden sämtliche ekzematösen Veränderungen mit Mollositin behandelt, das gut vertragen wird. Darunter blaßt die Rötung der Haut ab und die Knötchen bilden sich zum großen Teil zurück. Ein vollständiges Abheilen der entzündlichen Erscheinungen ist mit dieser Behandlung jedoch nicht zu erreichen. Aus diesem Grunde wird nun am Rücken und am rechten Oberschenkel Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz versucht. Diese Salbe wird zwar gut vertragen, jedoch ist eine deutlich sichtbare Heilwirkung auf die Ekzemherde auch damit nicht zu erzielen. Am Kopf zum Vergleich aufgetragene Tumenolpaste wird zunächst einige Tage gut vertragen, führt dann aber plötzlich zu einer starken Reizung der Haut (Nässen, Knötchenbildung). Absetzen der Tumenolpaste und Weiterbehandlung mit Borkompressen bis sich die akuten Reizerscheinungen wieder beruhigt haben. Anschließend kommt Zinköl zur Anwendung. Unter dieser Behandlung heilen die ekzematösen Herde auf der Kopfhaut nach kurzer Zeit ab. Am Rücken und an der rechten Oberschenkelinnenseite führen zunächst 2%ige und dann 10%ige Teerpaste nach 10 Tagen vollständige Heilung herbei.

Fall 5: L. Johann, 72 Jahre alt, Weber, kommt wegen eines linsengroßen Geschwürs an der linken Knöchelgegend in die Poliklinik. Die Umgebung des Geschwürs ist stark gerötet, näßt und zeigt zahlreiche rote Knötchen.

An der linken Halsseite finden sich 2 etwa markstückgroße, scharf umschriebene Herde mit bräunlichroter Verfärbung der Haut, die mit zahlreichen festhaftenden, grauen Schuppen bedeckt ist. Außerdem fühlen sich diese beiden Herde ziemlich derb an. Die Veränderungen bestehen schon seit einigen Monaten.

Diagnose: Ulcus cruris mit akutem Ekzem und chronisches Ekzem am Hals.

Behandlung: Die entzündlichen Erscheinungen am linken Unterschenkel werden zunächst mit 1%igen Borkompressen behandelt. Darunter verschwindet das starke Nässen und die lebhafte Rötung geht etwas zurück. Anschließend wird Mollositin aufgetragen: die Rötung der Haut geht weiterhin zurück und die roten Knötchen verschwinden fast ganz.

Auf die chronischen Ekzemherde am Hals wird ebenfalls Mollositin aufgetragen. Diese Paste wird zwar gut vertragen, zeigt aber keinerlei Wirkung auf den Heilungsvorgang. Dagegen bewährte sich Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz sehr gut. Schon nach 5 Tagen haben sich die Schuppen abgelöst und die Rötung der Haut ist fast verschwunden. Nach weiteren 4 Tagen ist unter dieser Behandlung auch die derbe Infiltration zurückgegangen, so daß die Haut am Hals jetzt wieder fast vollkommen normal ist.

Fall 6: K. Johann, 40 Jahre alt, Zugschaffner.

Die Haut des ganzen Gesichtes einschließlich Hals und Ohren ist heftig gerötet, infiltriert und teilweise mit Schuppen und Krusten bedeckt. Außerdem besteht starkes Nässen. Auch auf beiden Brustseiten ist die Haut stark gerötet und infiltriert. Beide Ober- und Unterarme einschließlich der Handrücken nässen stark und zeigen lebhafte Rötung der Haut. An verschiedenen Stellen sieht man massenhaft rote Knötchen und Bläschen mit wässrig klarem Inhalt. Diese Hautveränderungen rezidivieren seit dem Jahre 1930 ständig. Der Kranke stand deswegen schon öfters in unserer Behandlung.

Diagnose: Chronisches, rezidivierendes Ekzem.

Behandlung: Das starke Nässen im Gesicht und am Hals wird mit Tanninkompressen beseitigt. Im Gesicht wird Mollositin gut vertragen; die Rötung der Haut geht zurück. An den Armen wird wegen des starken Juckreizes zuerst Calcibronatsalbe und dann Penatenpaste verordnet. Diese wird gut vertragen. Daraufhin werden sämtliche ekzematösen Stellen mit Penatenpaste behandelt. Im

Gesicht und am Hals erneut stärkere Rötung und Spannung der Haut, an den Armen und an der Brust massenhaft neue Knötchen. Nun werden wieder Tanninkompressen und Mollositin gegeben. Unter dieser Behandlung klingen die akuten Reizerscheinungen wieder ab. Der Kranke erhält von jetzt ab Rohkost. Da unter weiterer Mollositinbehandlung keine Besserung mehr erzielt werden kann, wird auf der Brust an einer Stelle Pix liquida-Spiritus versucht. Darauf trat eine erneute starke Hautreizung sowohl im Gesicht als auch an Hals, Armen und Brust auf. Der Kranke leidet an heftig brennenden Schmerzen, besonders im Nacken. Außer Mohnöl verträgt er jetzt überhaupt kein Heilmittel mehr. Selbst das milde Zinköl führte zu Reizerscheinungen. Der Kranke wird deshalb nur noch mit 1%igen Borkompressen und Mohnöl behandelt. Nachdem sich die Haut etwas beruhigt hat, wird abermals Mollositin versucht und wieder sehr gut vertragen. Das lästige Spannungsgefühl verschwindet unter dieser Paste und der Kranke gibt an, daß Mollositin das einzige Mittel sei, das er wirklich gut vertrage. Die Entzündungserscheinungen der Haut und das Nässen zeigen weitgehend Besserung, auch die zahlreichen Knötchen an beiden Armen bilden sich wieder zurück. Das Gesicht ist fast völlig abgeheilt, während an den anderen ekzematösen Stellen mit Mollositin keine Besserung mehr erzielt werden kann.

Zur weiteren Behandlung wird deshalb an beiden Armen jetzt das neue Präparat Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz versucht, welches einige Tage gut vertragen wird. Am 3. Behandlungstag kommt es jedoch wieder zu erneuten heftigen Reizerscheinungen der Haut, die auch auf die schon fast abgeheilten Hautpartien übergreifen. Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz wird deshalb sofort abgesetzt und wieder zu dem einfachen Mollositin und Zinköl, die einzigen für den Kranken verträglichen Mittel, übergegangen.

Fall 7: M. Maria, 45 Jahre alt, Flaschenabfüllerin, kommt in die Poliklinik wegen lästigen Juckreizes an der Innenseite des

rechten Unterschenkels. Man sieht hier eine etwa apfelgroße, scharf begrenzte Rötung der Haut, welche mit zahlreichen feinen, weißlichen Schuppen bedeckt ist. In der Umgebung dieser Veränderung finden sich verstreut zahlreiche rote Knötchen. Dieser Herd besteht seit etwa 10 Tagen.

Diagnose: Akutes, papulöses Ekzem.

Behandlung: Die akuten Entzündungserscheinungen sind unter Mollositin abgeklungen. Eine vollständige Heilung des Ekzems wurde jedoch mit dieser Behandlung nicht erreicht. Ein Versuch mit dem neuen Präparat Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz hat sich gut bewährt. Die Schuppen haben sich abgelöst und die noch bestehende geringe Rötung ist vollends verschwunden. Heilung nach 3 Wochen.

Fall 8: G. Michael, 49 Jahre alt, Postschaffner.

Der gesamte linke Handrücken ist von graurotem Schorf bedeckt. An einzelnen Stellen und in den Interdigitalfalten besteht Rötung der Haut und heftiges Nässen. Auf dem rechten Handrücken sieht man nur in geringerer Ausdehnung einen ähnlichen, an verschiedenen Stellen impetigenisierten Krankheitsprozeß. Am rechten Unterarm, besonders an der Außenstreckseite, finden sich vereinzelt stecknadelkopfgroße, rote Knötchen, welche mit starkem Jucken einhergehen.

Diagnose: Akutes Ekzem beider Hände.

Behandlung: Am rechten Handrücken und in den Interdigitalfalten der linken Hand werden zunächst 1%ige Borkompressen zur Beseitigung des Nässens verordnet. Anschließend wird auf sämtliche ekzematös veränderten Stellen Mollositin gegeben, mit Ausnahme der impetigenisierten Herde an der rechten Hand, welche mit Rivanolkompressen behandelt werden. Nach Besserung der Krankheitserscheinungen wird auch hier Mollositin angewandt. Die akuten Entzündungserscheinungen besonders am rechten Unterarm verschwinden darunter fast vollständig. Auf die etwas derber in-

filtrierten Stellen am linken Handrücken wird jetzt Mollositin mit einem Zusatz von 10% Tumenolammonium aufgetragen, da unter reinem Mollositin eine Aenderung des Krankheitsbildes nicht mehr zu erzielen war. Das neue Präparat wurde gut vertragen. Die Ekzemherde heilten unter dieser Behandlung nach 3 Wochen vollständig ab.

Fall 9: H. Peter, 54 Jahre alt, Austräger, bemerkte vor zwei Monaten am linken Unterschenkel (Schienbeingegend) eine ziemlich umschriebene, etwa handtellergroße, lebhafte Rötung der Haut, welche mit weißlichen Schuppen bedeckt war und am Rande zahlreiche rote Knötchen aufwies. Inzwischen hat sich der Herd etwas vergrößert, seine Farbe ist bräunlichrot geworden und im Zentrum sieht man jetzt dicke Krustenauflagerungen.

Diagnose: Subakutes, krustöses Ekzem.

Behandlung: Die akuten Entzündungserscheinungen wurden als der Kranke vor 2 Monaten zum erstenmal die Poliklinik aufsuchte, erfolgreich mit Mollositin behandelt. Sie sollen darunter rasch abgeklungen sein, so daß der Patient nicht mehr zur weiteren Behandlung in die Poliklinik kam. Nachdem aber mit weiterer Mollositinbehandlung eine völlige Heilung nicht zu erzielen war, suchte der Kranke erneut die Poliklinik auf. Es wurde jetzt Penatenpaste verordnet, die aber ebenfalls zu keiner Besserung führte. Es wurde nun ein Versuch mit der neuen Kombination von Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz gemacht, die gut vertragen wurde. Schon nach fünftägiger Behandlung ist die bräunlichrote Verfärbung der Haut merklich zurückgegangen und die Krusten haben sich fast vollständig abgelöst. Die vollständige Heilung erfolgte aber erst unter 2%iger und 10%iger Teerpaste.

Fall 10: F. Josef, 16 Jahre alt, Lehrling, bemerkt seit einigen Wochen an beiden Ober- und Unterschenkeln sowie in beiden Kniekehlen zahlreiche, ziemlich verstreut liegende, pfennigstückgroße, gerötete Herde, welche stellenweise Eiterpusteln mit krustösen

Belägen tragen. Im übrigen zeigen diese Ekzemherde auch vereinzelte Knötchen und Bläschen neben starker Schuppenbildung.

Diagnose: Subakutes, zum Teil impetigenisiertes Ekzem.

Behandlung: Auf den impetigenisierten Stellen gelangt zuerst Rivanolzinkpaste zur Anwendung, unter welcher diese Herde zur Abheilung kommen. Sodann wird auf sämtliche ekzematösen Hautstellen Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz aufgetragen. Nach zehntägiger Behandlung sind die Herde an beiden Ober- und Unterschenkeln sowie in den Kniekehlen fast abgeheilt. Die Rötung und die Knötchen sind vollständig verschwunden. Vereinzelt bestehen noch ziemlich derb infiltrierte Stellen, die unter 2%iger Teerpaste ebenfalls rasch abheilten.

Fall 11: R. Andreas, 53 Jahre alt, Invalidenrentner.

Die Haut beider Unterschenkel des Kranken ist besonders in der Wadengegend stellenweise bräunlichrot verfärbt, infiltriert und mit zahlreichen Kratzeffekten bedeckt. Es besteht starker Juckreiz. Diese Hautveränderungen sollen schon seit 3 Monaten bestehen.

Diagnose: Chronisches Ekzem.

Behandlung: Zur Beseitigung des starken Juckreizes erhält der Kranke einige Calcibronatinjektionen. Lokal wird sofort mit dem neuen Präparat Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz behandelt, das sehr gut vertragen wird. Die derbe Infiltration der Haut geht an beiden Unterschenkeln sichtlich zurück und auch die Hautfarbe wird an diesen Stellen fast wieder normal. Der lästige Juckreiz ist auf die Calcibronatinjektionen hin verschwunden. Nach 14tägiger Behandlung konnte der Kranke geheilt entlassen werden.

Fall 12: M. Hans, 58 Jahre alt, Milchhändler, bemerkt seit 14 Tagen an der Innenseite des rechten kleinen Fingers eine etwa markstückgroße Rötung der Haut, welche sich derb anfühlt und mit weißlichen Schuppen bedeckt ist. In der Umgebung dieses Hautbezirkes massenhaft Knötchen und Bläschen.

Diagnose: Subakutes, schuppendes Ekzem.

Behandlung: Unter Mollositinbehandlung sind innerhalb von 3 Tagen die roten Knötchen und Bläschen verschwunden. Die gerötete und derb infiltrierte Hautstelle hat sich unter dieser Behandlung nicht verändert. Unter Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz, welches gut vertragen wird, lösen sich die Schuppen leicht ab und die Rötung nebst Infiltration ist nach fünftägiger Behandlung deutlich zurückgegangen. Unter gleichbleibender Behandlung war der Kranke nach 14 Tagen geheilt.

Fall 13: K. Franz, 36 Jahre alt, Mechaniker.

Vor einigen Monaten trat an der Streckseite des linken Unterschenkels angeblich eine intensive Rötung der Haut mit zahlreichen Knötchen und Bläschen auf. Da keinerlei subjektive Beschwerden bestanden, unterließ es der Kranke einen Arzt aufzusuchen. Inzwischen hat sich der Krankheitsprozeß verschlimmert und weiter ausgebreitet. Die Haut fühlt sich derb infiltriert an und weist dicke Krusten- und Schuppenbildung auf. Nässen besteht nicht.

Diagnose: Chronisches, krustöses Ekzem.

Behandlung: Die dicken Krusten und Schuppen wurden mit 1%igen Borkompressen aufgeweicht. Da keine akuten Entzündungserscheinungen vorhanden waren, wurde 2%ige Teerpaste verordnet, die zunächst auch gut vertragen wurde. Plötzlich kam es aber zu akuten Reizerscheinungen, die sich in gesteigerter Rötung der Haut, starkem Nässen sowie Knötchen- und Bläschenbildung äußerten. Der 2%ige Teer wurde abgesetzt und mit 1%igen Borkompressen weiter behandelt. Darunter klingen die Reizerscheinungen wieder ab. Anschließend kommt Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz zur Anwendung und wird auch gut vertragen. Die noch vorhandene geringe Rötung und die derbe Infiltration sind schon nach fünf Tagen deutlich zurückgegangen. Vollständige Heilung nach 2 Wochen.

Fall 14: H. Sofie, 52 Jahre alt, Maurermeistersehefrau.

Seit etwa 5 Tagen bemerkt die Kranke auf der Medialseite des linken Unterschenkels eine unscharf begrenzte Hautrötung, welche über das linke Fußgelenk bis zum Grundgelenk der großen Zehe reicht. Am rechten Unterschenkel sieht man eine erhebliche Schwellung besonders in der Knöchelgegend. Die Haut ist hier bläulichrot verfärbt und zeigt nach unten eine scharfe Begrenzung. In diesem Gebiet findet man viele erbsengroße Blasen mit serösem Inhalt. In der Umgebung massenhaft rote Knötchen.

Diagnose: Akute, bullöse Dermatitis.

Behandlung: Die stark entzündeten und ödematös geschwollenen Stellen am rechten und linken Unterschenkel werden zunächst mit 1%igen Resorcinkompressen und anschließend mit Mollositin behandelt. Darunter ist die Rötung zurückgegangen und die Blasendecken haben sich abgestoßen. Weitere Mollositinbehandlung führt zu keiner Besserung mehr. An beiden Unterschenkeln wird deshalb jetzt Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz verordnet, das die Kranke gut verträgt. Unter dieser Behandlung erfolgt nach 18 Tagen vollständige Heilung.

Fall 15: G. Josef, 62 Jahre alt, Bierbrauer, erlitt im Juli 1939 einen Unfall; es fiel ihm eine 30 Pfund schwere Türe auf den rechten Fuß. Vom Hausarzt wurde damals Lenicetsalbe verordnet, worauf angeblich eine starke Rötung und Schuppung der Haut in dieser Gegend aufgetreten sei. Nach weiteren 14 Tagen breiteten sich die entzündlichen Herde auch auf den linken Unterschenkel und von hier über den ganzen Körper aus.

Jetziger Befund: Die Haut beider Unterarme ist, links stärker als rechts gerötet, infiltriert, mit Knötchen und feinen Schuppen besetzt und näßt an den Beugeseiten etwas. Die Haut des Bauches, der Brust und des Scrotums ist ebenfalls gering gerötet und in mäßigem Grade ist dies auch an beiden Beinen und Füßen, mit Ausnahme der Fußsohlen der Fall. In der Umgebung der beiden Fußknöchel übergreifend auf einen kleinen Teil des Fußrückens ist

die heftig gerötete Haut mit großen, sich lamellenartig abhebenden Schuppen bedeckt und zeigt darunter starkes Nässen.

Diagnose: Chronisches, stark ausgebreitetes Ekzem.

Behandlung: Am Körper wurde Zinkschüttelpuder und am Genitale Zinköl verordnet. Auf die stark entzündlichen Hautstellen an beiden Unterschenkeln und Füßen wird nach Vorbehandlung mit 1%igen Borkompressen Mollositin aufgetragen. Unter dieser Behandlung geht die Entzündung wesentlich zurück. Die ekzematösen Veränderungen am Körper heilen unter Tumenolschüttelpuder völlig ab.

In beiden Knöchelgegenden schreitet unter weiterer Mollositinbehandlung der Heilungsvorgang nicht mehr weiter fort, weshalb nun hier Mollositin mit Zusatz von 10% Tumenolammonium versucht wird. Dieses neue Präparat wird zunächst sehr gut vertragen und die Rötung sowie Schuppenbildung gehen zurück. Nach einigen Tagen kommt es aber plötzlich wieder zu einer akuten Verschlechterung in Form von erneutem starken Nässen und lebhafter Rötung der Haut, so daß Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz abgesetzt und, nach Abklingen der akuten Reizerscheinungen unter 1%igen Borkompressen, zum Vergleich Tumenolpaste verordnet wird. Diese verträgt der Kranke nun sehr gut und es kommt darunter zu einer wesentlichen Besserung des Ekzems. Nach einiger Zeit wurde selbst 2%ige Teerpaste gut vertragen, die dann auch zur vollständigen Heilung führte.

Bei diesem Krankheitsfall ist das Ergebnis in Bezug auf die Wirkungsweise und Verträglichkeit von Mollositin mit Zusatz von 10% Tumenolammonium mit Vorsicht zu bewerten, da wir den Eindruck gewonnen haben, daß der Kranke die danach beobachtete Verschlimmerung des Krankheitszustandes durch heftiges Kratzen selbst verursacht hat. Dies ist um so wahrscheinlicher als es sich in diesem Falle um ein Ekzem handelt, welches angeblich im Zusammenhang mit dem obenerwähnten Unfall aufgetreten sein soll und bei dem Kranken der Wunsch nach einer Rente sehr groß ist.

Uebersicht über die gewonnenen Ergebnisse:

a) Mollositin:

Die 50 beschriebenen Krankheitsfälle geben uns einen Ueberblick über die Erfolge der Mollositinbehandlung. Es handelt sich dabei nur um eine verhältnismäßig kleine, nicht besonders ausgewählte Zahl der vielen Krankheitsfälle, welche an der -Universitätshautklinik zu Erlangen mit Mollositin behandelt wurden. Als Anwendungsbereich für die Mollositinbehandlung betrachteten wir in erster Linie alle akuten, nicht nässenden Ekzeme. Günstig jedoch hat sich die Anwendung von Mollositin auch bei gering nässenden Ekzemformen bewährt. Konnte doch in diesen Fällen sehr oft ein Verschwinden des Nässens unter Mollositin beobachtet werden. Bei allen stärker nässenden Ekzemen war für die Behandlung mit Mollositin die Beseitigung des Nässens erste Voraussetzung. Dies wurde in fast allen Fällen mit feuchten, adstringierenden Kompressen (Bor-, Resorcin- und Tanninkompressen) erreicht.

Auch bei einer Anzahl von subakuten und chronischen Ekzemformen wurde Mollositin versucht. Beim subakuten Ekzemstadium konnten wir wohl in verschiedenen Fällen ein Verschwinden der entzündlichen Reizerscheinungen der Haut erzielen, jedoch reichte das Mittel zur Erlangung eines vollständigen Heilerfolges für gewöhnlich nicht aus. Allerdings konnte beobachtet werden, daß Mollositin im Vergleich zu anderen Ekzempräparaten zu einer wesentlichen Verkürzung der Anbehandlungszeit geführt hat. Im chronischen Ekzemstadium hat sich Mollositin als wirkungslos erwiesen (zu geringe Tiefenwirkung!).

Von 27 akuten Ekzemfällen teils mit starkem, teils mit geringem Nässen, kam es in 23 Fällen in wechselnder Behandlung mit 1%igen Borkompressen zum Verschwinden der akuten Entzündungserscheinungen. Von diesen 23 Fällen sind 7 unter Mollositin vollständig abgeheilt. Die übrigen 16 Fälle wurden mit anderen Ekzemmitteln

zur Heilung gebracht. Nur in 4 Fällen dieses Stadiums war Mollositin entweder wirkungslos oder führte zu einer akuten Verschlechterung des Krankheitszustandes.

Von 16 Fällen des subakuten Ekzemstadiums kam es in 13 Fällen zum Abklingen der Entzündungenerscheinungen der Haut. Der Rest der Behandlung wurde hier meistens mit wirksameren Ekzempräparaten (Tumenolammonium, Teer usw.) durchgeführt. In drei Fällen dieses Stadiums führte Mollositin zu einer deutlichen Reizung der Haut.

Beim chronischen Ekzemstadium kam es von 7 mit Mollositin behandelten Fällen nur in 2 (und zwar handelte es sich um 2 akute Recidive) zu einer geringen Besserung. Bei den übrigen 4 Fällen blieb Mollositin ohne jede Wirkung.

Aus dieser Uebersicht ist zu ersehen, daß es sich bei der neuen Paste Mollositin um ein außerordentlich mildes und sehr gut verträgliches Mittel handelt, welches sich in der Hauptsache bei akuten Dermatitiden erfolgreich bewährte. Die Versuche haben weiter ergeben, daß sich Mollositin gerade bei solchen Ekzemfällen auszeichnete, wo andere Präparate gar nicht oder nur schlecht vertragen wurden. Außer dieser guten Verträglichkeit hat Mollositin anderen Pasten gegenüber auch in seiner Anwendungsweise große Vorzüge. Es besitzt erstens eine weiße Farbe, welche zu keiner Beschmutzung der Wäsche führt, zweitens kann man es ohne Verband auf die Haut auftragen und drittens läßt es sich wieder mit einfachem Wasser entfernen, was gegenüber anderen Pasten in der Anwendungsweise einen großen Vorzug darstellt.

b) Mollositin mit Zusatz von 10% Tumenolammonium:

Nachdem mit Mollositin sehr gute Erfolge bei akuten Dermatitiden erzielt worden waren, wurde, wie schon vorstehend einmal erwähnt, auf Anregung von Professor Hauck eine Mischung von Mollositin mit 10% Tumenolammonium hergestellt, um auch für

subakute und chronische Ekzemformen ein entsprechendes Präparat zur Verfügung zu haben.

Als Hauptanwendungsgebiet für die neue Verbindung wurden im wesentlichen Fälle des subakuten und chronischen Ekzemstadiums gewählt. Von 15 beschriebenen Fällen dieser beiden Ekzemformen konnte in 11 eine Heilung bzw. eine Besserung des Krankheitszustandes erzielt werden. Nur in 4 Fällen kam es zu stärkeren Reizungserscheinungen der Haut.

Daraus läßt sich folgern, daß die Anzahl der Versager dabei relativ größer ist, als dies beim reinen Mollositin der Fall war. Ob es sich nun dabei um eine ungünstige prozentuale Zusammensetzung der beiden Komponenten Mollositin und Tumenolammonium handelt, oder ob durch das Vereinigen der beiden Teile überhaupt eine schlechtere Wirkung in Bezug auf die Verträglichkeit entstanden ist, konnte nicht festgestellt werden. Fest steht jedoch, daß die geringe Anzahl von beschriebenen Fällen nicht ausreicht, um die Wirkungsweise der neuen Verbindung endgültig begutachten zu können.

Zusammenfassung.

In der vorliegenden Arbeit wurden Versuche mit Mollositin, einer neuen, fettarmen Zinkpaste, welche mit Faktor F angereichert ist, bei 50 akuten Ekzemfällen und mit Mollositin mit Zusatz von 10% Tumenolammonium bei 15 subakuten und chronischen Ekzemfällen beschrieben.

Die Versuche mit reinem Mollositin haben ergeben, daß die neue Paste ein Präparat darstellt, welches bei richtiger Indikationsstellung und richtiger Anwendungsweise gerade dem vielbeschäftigten praktischen Arzt bei der gewiß nicht immer einfachen Ekzembehandlung sehr gute Dienste leistet. Bei dem täglich sehr großen Angebot von neuen Heilmitteln ist es nur zu begrüßen, wenn der an und für sich schon sehr große Medikamentenschatz durch wirklich gute und auch gut verträgliche Präparate ergänzt wird.

Bei den Versuchen, die wir mit der neuen Verbindung Mollositin mit 10% Tumenolammonium-Zusatz bei ausschließlich subakuten und chronischen Ekzemformen durchführten, haben wir gesehen, daß die Behandlungserfolge rein zahlenmäßig ausgedrückt relativ geringer waren als bei Mollositin ohne Zusatz von Tumenolammonium. Allerdings läßt die geringe Anzahl von bisher beobachteten Fällen eine endgültige Beurteilung des neuen Präparates noch nicht zu. Wenn auch die Verbindung von Mollositin mit Zusatz von 10% Tumenolammonium den Steinkohlenteer in der Ekzembehandlung nicht verdrängen oder gar ersetzen kann, so stellt sie doch eine wertvolle Bereicherung der Uebergangsbehandlung dar.

Am Schluß dieser Arbeit möchte ich meinem verehrten Lehrer, Herrn Universitätsprofessor Dr. L. Hauck, für die Ueberlassung des Themas und der Fälle, sowie für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Medizinische Klinik, Nr. 40, 1. Oktober 1937:
Die Bedeutung der Anamnese für Dauerheilungen der Ekzeme.
Von Prof. Dr. L. Hauck.

2. Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Band VI.
Von Prof. Dr. J. Jadassohn.

3. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 16, 21. April 1939:
Die Ekzembehandlung in der Allgemeinpraxis.
Von Prof. Dr. G. H. Klövekorn.

4. Dermatologische Wochenschrift, Nr. 13, 1. April 1939:
Experimentelle und klinische Untersuchungen über Salbengrundlagen. Von Schmidt-Labaume und
Czetsch v. Lindenwald.

Lebenslauf.

Am 12. November 1914 wurde ich als Sohn des Stadtoberinspektors Michael Scheuermann und seiner Ehefrau Magdalene, geb. Frank, zu Fürth i. B., geboren. Ich besuchte 4 Jahre die Volkshauptschule in Fürth, trat dann in die Oberrealschule über und legte im April 1934 die Reifeprüfung ab. Vom April bis Oktober 1934 war ich im freiwilligen Arbeitsdienst in Mittenwald/Oberbayern. Im Wintersemester 1934/35 immatrikulierte ich mich an der Universität zu Erlangen für das medizinische Studium. Den ersten Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung legte ich dort im April 1936 und den zweiten Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung im Juni 1937 ab. Im November 1939 wurde mir vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus die Bestallung als Arzt zuerkannt.